Aus der Universitätsfrauenklinik München
Direktor: Geh. Rat Dr. Döderlein.

„Zur Frage des Transportes Kreißender“

von der Universitätsfrauenklinik München.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer hohen Medizinischen Fakultät

der

Maximilians—Universität

zu München

vorgelegt von

Hans Kohl

aus

Regensburg

München
1934.

Aus der Universitätsfrauenklinik München
Direktor: Geh. Rat Dr. Döderlein.

„Zur Frage des Transportes Kreißender“

von der Universitätsfrauenklinik München.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer hohen Medizinischen Fakultät

der

Maximilians—Universität

zu München

vorgelegt von

Hans Kohl

aus

Regensburg

München

1934.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen Medizinischen Fakultät
der Maximilians — Universität München.

Meinem lieben, unvergeßlichen Vater
gewidmet.

Zur Frage des Transportes Kreißender.

(Disposition)

Einleitung: Kurzer Überblick über die Transportmöglichkeiten.

A. Zusammenstellung der vermeintlichen Transportgefährdung Kreißender bei Querlage, verschleppter Querlage, anoperierten Fällen, secundärer Wehenschwäche, Nabelschnurvorfall, Steißlagen, Armvorfall.

1. Ausführung der Fälle der letzten 10 Jahre (100)

2. Aussprache über 10 herausgegriffene.

B. Erklärende Worte zum Transport Eklamptischer.

1. Zusammengestellte Fälle der letzten 10 Jahre (30)
2. Kommentarische Ausführungen.

C. Erläuterungen zum Transport bei Placenta praevia.
1. Zusammengestellte Fälle der letzten 10 Jahre. (75)
2. Übersichtgebender Bericht.

Schlußbetrachtung.

Zur Frage des Transportes Kreißender!

In führenden medizinisch — gynäkologischen Kreisen herrscht gegenwärtig ein anregender Meinungsaustausch über das Problem der Transportmöglichkeit kreißender Frauen.

Kann man eine im Gang befindliche Geburt, die operativer Hilfe bedarf durch das geeignete Beförderungsmittel unbeschadet an eine Geburtsstation überweisen?

Darf man die fraglichen, zu erörternden Gefahren eines Transportes, der körperlich und psychisch schon belasteten Gebärenden, ohne Befürchtung unliebsamer Komplikationen zumuten?

Soll man von zwei Übeln, der Unzulänglichkeit eines Privathauses, mit unzureichenden Behelfsmaßnahmen oder der vermutmaßten Transportgefährdung, doch die Beförderung als das kleinere anerkennen, um so Sicherung eines regelrechten Geburtsverlaufes, Gewährleistung eines einwandfreien Wochenbettes, Gesunderhaltung von Mutter und Kind zu erreichen?

Die Beförderung normaler, fast möchte man sagen „gesunder" Kreißender, d.h. eine Kreißende befindet sich ja soweit die Geburt als solche gemeint ist, niemals im Stadium des Krankseins, verläuft wie die täglichen Erfahrungen und Beispiele lehren in überwiegend großen Prozentsatz, ohne jegliche Verschlechterung oder Störung des Geburtsvorganges, ohne daraus abzuleitende Schäden im Wochenbett. Der Transport der Niederkommenden, besonders solcher, die mit zum Teil unvorhergesehenen Geburtsschwierigkeiten zu kämpfen haben, wie Querlagen, verschleppte Querlagen, anoperierte Fälle, eingetretene sekundäre Wehenschwäche, Nabelschnurvorfall, Steißlagen, Fußlagen, hat sich, wie der noch anzuführenden Statistik der letzten 5 Jahre zu entnehmen ist, ohne wesentliche Verschlechterung der Operationsaussichten, oder unliebsamer Wochenbettsfolgen vollzogen.

Die Zeiten, da die Landbevölkerung die Kreißende auf einem holperigen Leiterwagen, oder die Städter die werdende Mutter mit der Kutsche in das Gebärhaus, oder in ein Spital verbrachten, haben

dank unseres fortschreitenden technischen Zeitalters aufgehört. Sie wurden abgelöst von dem in den ersten Anfängen steckenden und sich allmählich aufbauenden Sanitätswesen, das die Hilfsbedürftigen mit der in der Erinnerung eines Manchen noch haftenden, zweiräderigen hochgeschlossenen Krankenbahre oder dem Sanitätswagen von Pferden gezogen, an Ort und Stelle brachte. Alle wurden sie verdrängt von dem jetzt fast jeden Betrieb beherrschenden Sanitäts-Motorwagen mit allen erdenklichen hygienischen Maßnahmen ausgestattet, ja in der Ferne schon das erhabene noch aussichtsreichere Flugzeug winkend.

Die zunehmende Verbesserung der verkehrstechnischen Probleme, mit nach der Seite der Sicherheit und Schnelligkeit hin sich erstreckenden Transportmöglichkeit, wird allen unseren, besonders in Gefahr sich befindenden Kreißenden nur zum Vorteil gereichen. Dabei wird bis jetzt unter allen Verkehrsmitteln, abgesehen von dem für die Allgemeinheit noch zu kostspieligen Lufttransport durch das Flugzeug, obwohl auch hier schon praktisch annehmbare Vorschläge aufgestellt werden könnten, in jeder Beziehung das Auto und insbesondere der sanitäre vorbildlich ausgestattete Krankenwagen, breitbasisch gebaut, Stoßdämpfer vermindern die gröbsten Stoßwirkungen, die helle luftige Kabine bietet Liege- und Sitzmöglichkeit für 2 Patienten, Heizung in der kalten Jahreszeit, gute Beleuchtung und Entlüftung, ein Notverbandschrank vervollkommnet das Bild. Natürlich sind auch diesem Vermittler noch nicht alle Schwierigkeiten in entsprechender, um nicht zu sagen idealer Weise aus dem Wege im wahrsten Sinne des Wortes geräumt. Immer wieder neue Hindernisse erweisen sich auf dem freien Lande hinsichtlich der Wegbeschaffenheit. Aufgeweichte, ungepflegte holperige Wege, die nicht den leisesten Anspruch auf die Bezeichnung „Straße" erheben dürfen, werden für den bestgefederten und breitspurigen Wagen mit der verantwortlichen Last, harte Proben bedeuten, vom Abfall des notwendigen Tempos gar nicht zu reden. Nicht unerwähnt soll bleiben der Witterungseinfluß, die Gefahr des morastigen, klebenden, nachgiebigen oder auch glatten, schlüpfrigen Bodens, bei regnerischen Wetter, verschneite Wege und vereiste Fahrbahn im Winter.

Eine nicht unwesentliche Rolle spielt die Begleitperson. Wenn ein Sanitätsmann auch von sich sagen kann, eine gute Schulung genossen zu haben, so wird er doch einer Kreißenden gegenüber, bei möglicherweise während des Transportes auftretenden Zwischenfällen, mehr oder minder untätig gegenüberstehen. Wenn der einweisende Arzt auch nicht immer den Transport selbst beaufsichtigen kann, so

wäre es doch sehr angezeigt, wenn eine Hebamme, die doch fast in jedem Falle beteiligt ist, als pflichtgemäße Begleiterin miteinbezogen würde. Die Kreißende, die ihren Zustand gewiß auch als seelische Belastung, eine psychische Komponente erfährt, wird den ungewohnten Transport weniger erregt über sich ergehen lassen, wenn sie sich einem besonderen Schutz unterstellt weiß.

Die Verbringung eines geburtshilflichen Falles in die Klinik mit dem Mietauto, oder dem Wagen des Arztes, mag im gegebenen Augenblick wohl zweckdienlich erscheinen, wird aber durchaus nicht immer den gegebenen Verhältnissen gerecht. Eine Improvisation bleibt stets eine solche, auch wenn sie noch so gut gemeint ist. Schwere Fälle sollten sich ja von vornherein ausschließen, doch letzten Endes muß auch da helfen was helfen mag. Der kleinere Raum, die unpassende Lagerung, vermehrte Auswirkung der Fahrbewegungen — wie Stoßen, Schütteln und Schleudern, Kältewirkung, all das — und noch viel mehr schaffen ungünstige Bedingungen, die unerwünschte Folgen für den Geburtsverlauf nach sich ziehen können.

Ein Transport mit der Bahn dürfte heutigen Tages schon fast zu den Ausnahmen zählen und nur ausgeführt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten, speziell zu dieser Hilfeleistung ausgeschlossen werden müssen. Schon allein die mangelnden sanitären Transporteinrichtungen, die von Seiten der Bahnbehörden, ausgenommen in betriebsunfalltechnischer Hinsicht oder im Kriegsfall bereit gestellt sind, lassen darauf schließen, daß ein Beförderungsbedürfnis für noch zu besprechende Klinikfälle nicht vorliegt oder kein Anspruch besteht.

Andere praktische Arten von Transportmöglichkeiten werden nicht in Betracht gezogen werden können.

Die Statistik selbst gibt im I. Teil eine Übersicht über die in den letzten 5 Jahren erfolgten Transporte, wegen Querlage, verschleppter Querlage, anoperierte Fälle, solche mit sekundärer Wehenschwäche, Nabelschnurvorfall, Steißlagen, Armvorfall, bis zu 220 km Entfernung, sich erstreckend auf insgesamt 100 Fälle.

Wie weit, bis zu welchem Grade beim Transport Kreißender, besonders solcher, die mit zum Teil unvorhergesehenen Geburtsschwierigkeiten zu kämpfen haben, sich Auswirkungen auf den Geburtsstand von Mutter und Kind bemerkbar machen, soll nachfolgend, an Hand gegebener Zahl von typischen Fällen näher beleuchtet werden.

Die Aufführung der einzelnen Fälle ist in kurze Fassung gebracht, um eine ausgedehnte Verbreitung zu vermeiden. Alter der betreffenden Patientin, Zahl der Schwangerschaften, Puls und Tem-

peratur bei der Einlieferung; sowie kurze Schilderung des Geburtsvorganges, wollen eine bessere Übersicht und ein gutes Bild des Falles bieten.

39jährige 15. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern eingeliefert wegen verschleppter 2. Querlage und Armvorfall. Es war draußen die Wendung auf den Fuß versucht worden, jedoch der Arm erfaßt. Bei der Einlieferung zeigt der Puls 100, Temp. 37,0°. Kindliche Herztöne sind nicht zu hören. Es folgt klinisch Dekapitation des reifen aber toten Kindes. Das Wochenbett ist einwandfrei. (Weichbild).

27jährige 3. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird transportiert durch die Sanitätskolonne und den begleitenden Arzt. Es lag Zwillingsschwangerschaft vor. Einlieferung nach der Geburt des 1. Kindes. Der 2. Zwilling ist tot in 1. Querlage mit Armvorfall. Eine Wendung war draußen mißlungen, ebenso ein Zangenversuch. Puls 78' Temp. 37,6°. Es folgt Dekapitation. Normales Wochenbett. (Entfern. 30km.).

28jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität. Einweisung durch die Sanitäter wegen dorso—ant. Querlage und Vorliegen des linken Armes. Draußen erfolgte vor 4 Stunden der Blasensprung und spontaner Armvorfall. Sofortige Einweisung durch den herbeigerufenen Arzt. Puls 88, Temp. 37,5°. Die kindlichen Herztöne sind schwach. Es folgt klinisch Wendung und Extraktion eines reifen asphyktischen Kindes. Normales Wochenbett. Mutter und Kind zeigen Wohlbefinden. (Ortsentfern. 16km).

26jährige 2. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter in Begleitung des Mannes eingeliefert. Es zeigt sich eine verschleppte dorso—post. Querlage mit Vorfall des linken Armes. Vergeblicher Versuch des Arztes draußen die Kreißende zu entbinden. Puls 90, Temp. 37,6°. Das Kind ist bereits tot. Es folgt klinisch Dekapitation, Extraktion und manuelle Placentarlösung. Das Wochenbett weist subfebrile Temperaturen auf. (Ortsentfernung 5km).

35jährige 12. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingebracht wegen Blutungen und Armvorfall in

Schädellage. Puls 76, Temp. 37,5°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Es folgt klinische Wendung und Extraktion eines unreifen lebenden Kindes, das aber nach wenigen Tagen an Melaena neonatorum ad Exitum kommt. Das Wochenbett verläuft ohne Störung. (Weichbild).

42jährige 3. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird transportiert durch die Sanitäter wegen Geburtsstillstand, Vorfall des rechten Armes bei Schädellage. Die Blase ist vor 24 Stunden gesprungen. Der Uterus ist stark kontrahiert, das Kind lebt. Puls 72, Temp. 36,8°, Klinisch erfolgt Sektio cäsarea extrapertionealis die unreifes aber lebendes Kind ergibt, das aber nach 10 Stunden postpartum infolge intrauteriner Mekoniumaspiration stirbt. Exitus der Wöchnerin nach 4 Tagen an einer pseudomembranösen Enteritis und fibröser Peritonitis des Oberbauches, die schon anteoperationem angelegt war. (Ortsentfernung 29km).

24jährige 4. Schwangere am Ende der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingebracht wegen erster verschleppter dorsoant Querlage mit Armvorfall. Voraus ging in der Wohnung eine versuchte Wendung auf den Fuß. Puls 104, Temp. 37,7°. Das Kind ist tot, die rechte Schulter eingekeilt. Es folgt klinisch Perforation, Dekapitation und Extraktion des unreifen Kindes mit einem Hydrocephalus und Spina bifidia. Der Wochenbettverlauf ist ungestört. (Ortsentfern. 5km.)

24jährige, 1. Kreißende im 8. Monat der Gravidität wird durch den Sanitätsdienst eingebracht wegen vorzeitigem Blasensprung, Nabelschnurvorfall und Fußlage mit einer Pulszahl von 120 und einer Temp. von 37,8°. Blasensprung seit 3 Stunden. Die Nabelschnur pulsiert noch. Nach kurzer Zeit erfolgte Spontangeburt eines unreifen toten Kindes. Das Wochenbett ist ohne Störung. (Weichbild).

22jährige, 1. Kreißende im 8. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen vorzeitigem Blasensprung, Nabelschnurvorfall und Fußlage, Puls 92, Temp. 37,7°. Die Nabelschnur ist pulslos. Entwicklung des unreifen toten Kindes klinisch. Guter Verlauf des Wochenbettes. (Weichbild).

10.) 30jährige, 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft kommt durch die Sanitäter in Begleitung der Hebamme wegen vorgefallener Nabelschnur und engen Becken mit Puls von 96 und Temp. 37,3°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Klinisch folgt sekt. cäs. extr., die ein reifes lebendes Kind ergibt. Geringe subfebrile Temp. im Wochenbett. (Ortsentfern. 44km).

20jährige 1. Schwangere im 7.–8. Monat der Gravidität wird durch den Sanitätsdienst eingewiesen wegen Nabelschnurvorfall bei Frühgeburt mit einer Pulszahl von 80 und einer Temp. von 36,7°. Die Nabelschnur ist pulslos. Kurz nach der Einlieferung erfolgt Spontangeburt eines unreifen toten Kindes. Glattes Wochenbett. (Weichbild).

32jährige, 2. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird mit dem Mietauto in Begleitung des Mannes gebracht wegen vorgefallener Nabelschnur und Fußlage. Bei der Einlieferung zeigen der Puls 78 und Temp. 36,8°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Seit 6 Stunden Wehen und Blasensprung. Es folgt klinisch Extraktion von lebenden reifen Zwillingen. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 5km).

19jährige, 1. Schwangere am Ende der Gravidität kommt durch die Sanitäter zur Aufnahme wegen Vorliegen der Füße und Nabelschnurvorfall. Puls 100, Temp. 37,2°. Kindliche Herztöne gut. Es folgt klinisch bei 2. gedoppelter Fußlage Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett gut. (Ortsentfern. 8km).

28jährige, 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird durch den Sanitätswagen und der begleitenden Hebamme gebracht wegen Nabelschnurvorfall und plattrachitischen Becken. Puls 100, Temp. 37,2°. Die Nabelschnur pulsiert. Die kindlichen Herztöne sind leicht beschleunigt. Erfolgter Blasensprung vor 4 Stunden. Es folgt klinisch sektio. cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Normaler Wochenbettsverlauf. (Ortsentfern. 20km).

35jährige, 5. Kreißende am Ende der Gravidität wird durch den Rettungsdienst mit begleitender Hebamme in die Klinik transportiert wegen Nabelschnurvorfall und engen Becken. Die kindlichen Herztöne sind noch zu hören. Puls 88, Temp. 37,4°. Blasensprung

vor 6 Stunden. Es folgt klinisch hoher Zangenversuch, Wendung auf den Fuß und Dekapitation des inzwischen abgestorbenen aber reifen Kindes. Wochenbett ohne Folgen. (Ortsentfern. 29km).

21jährige, 2. Kreißende am Ende der Gravidität wird halb entbunden durch den Sanitätsdienst eingeliefert. Puls 52, Temp. 38,0°. Die Kreißende gibt an vor einer halben Stunde auf dem W.C. eine Sturzgeburt gehabt zu haben, ohne vorherige Wehentätigkeit. Das Kind lebt, die Abnabelung habe sie selbst vorgenommen. Es folgt klinisch die Placenta auf Crede. Glatter Wochenbettverlauf. (Weichbild).

31jährige, 5. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch den Rettungsdienst gebracht wegen Placenta adhärens bei Uterus bicornis, atonischer Nachgeburtsblutung. Der Puls zeigt 152, die Temp. 37,5°. Eine manuelle Lösung der Placenta war draußen durch den Arzt mit negativem Erfolg durchgeführt; anschließend Tamponade und Einlieferung. Die Frau ist stark ausgeblutet, sehr anämisch, hat beschleunigte Atmung, Lufthunger und frequenten Puls. Klinisch folgt manuelle Lösung. Das Kind stirbt zuhause an unbekannter Ursache. Das Wochenbett ist einwandfrei. (Weichbild).

18.) 28jährige 2. Kreißende in der 39. Woche der Schwangerschaft wird mittels Privatwagen in Begleitung von Anverwandten zur Klinik gebracht wegen allgemein verengten Becken, vitium cordis und völlig erschöpften Zustand bei Puls 90 und Temp. 36,5°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Klinisch: Zangengeburt, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Ortsentfern. 130km).

26jährige, 1. Schwangere am Ende des 8. Monats der Gravidität wird von den Sanitätern in Begleitung des Mannes transportiert. Wegen eingeleiteter Frühgeburt, engen Becken, außerhalb gesetzten Blasenstich und Wehenlosigkeit. Kindliche Herztöne sind nicht zu hören. Puls 120, Temp. 38,8°. Es folgt klinisch hoher Zangenversuch, sektio vaginalis und Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Störungsfreier Verlauf des Wochenbetts. (Weichbild).

42jährige, 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird durch ein Mietauto in Begleitung des Mannes zur Klinik ge-

bracht wegen vorzeitigen Blasensprunges, Blutabgang und Geburtsstillstand. Puls 80, Temp. 37,5°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Es folgt nach kurzer Zeit klinisch Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 28km).

24jährige, 2. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird von der Sanitätsmannschaft eingeliefert wegen Geburtsstillstandes seit 24 Stunden, engem Becken, Abgang von mekoniumhaltigen Fruchtwasser und intrauterinen Fruchttod, bei Puls von 76 und Temp. 37,5°. Es folgt klinisch Perforation, das Kind ist im 1. Grade faultod. Ungestörtes Wochenbett. (Ortsentfern. 8km).

18jährige, 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom behandelnden Arzt mit dem Privatwagen zur Klinik gebracht. Wegen Geburtsstillstand seit einem Tag, allgemein verengten Becken und 2 Steißlage mit Puls 92 und Temp. 36,8°. Die kindlichen Herztöne sind beschleunigt, klinisch erfolgt Zange am Steiß mit Dammriß 3. Grades, die reifes lebendes Kind ergibt, allerdings mit Radialis—und Ulnarislähmung. Guter Heilungserfolg im Wochenbett. (Ortsentfern. 19km).

30jährige, 2. Kreißende am Ende der Gravidität kommt mit den Sanitätern und begleitender Hebamme wegen langer Geburtsdauer, vergeblichem Versuche den Kopf in der Narkose ins Becken zu drücken, engen Becken und schließlich Wehenstillstand zur Aufnahme mit einen Puls von 96 und einer Temp. 37,8°. Die kindlichen Herztöne sind noch gut. Es folgt klinisch hoher Zangenversuch und anschließende Perforation. Das Wochenbett ist verlängert bei subfebrilen Temperaturen. (Weichbild).

24jährige, 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen Geburtsstillstand seit 5 Stunden und engen Becken mit Puls von 107 und Temp. 37,9°. Klinisch Zangengeburt, die reifes lebendes Kind ergibt, anschließend manuelle Placentarlösung und Atonie. Normaler Wochenbettverlauf. (Weichbild).

30jährige, 3. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen Geburtsstillstand seit 5 Stunden bei 2. unvollkommener Fußlage, intrauterinen Fruchttod und

nebenbei Nephritis und Herzfehler der Mutter. Puls 72, Temp. 37,4°. Klinisch erfolgt Extraktion des unreifen toten Kindes. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 11km).

35jährige, 1. Kreißende (Alte Erstgebärende) am Ende der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter in Begleitung der Hebamme der Klinik überwiesen wegen Geburtsstillstand und rigider Weichteile mit Puls von 88 und Temp. von 37,8°. Blasensprung vor einem Tag. Kopf beweglich über dem Becken, Herztöne gut. Klinisch erfolgt hohe Zange, die reifes lebendes Kind ergibt. Gutes Wochenbett. (Ortsentfern. 44km).

33jährige, 2. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom Arzt mit dem Privatwagen eingeliefert wegen vorzeitigem Blasensprung, Geburtsstillstand und Kindspechabgang. Puls 130, Temp. 37,6°. Kindliche Herztöne leise und langsam. Vor 3 Tagen erfolgte Blasensprung ohne Wehentätigkeit trotz Wehemittel. Durch mehrfache Kindspechabgänge wurde Entschluß zur Einlieferung gefaßt. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und Perforation des abgestorbenen Kindes. Die Frau verfiel akut post operationem und kam nach 2 Stunden ad exitum durch Herzschwäche. (Ortsentfern. 15km).

32jährige, 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter und begleitende Hebamme eingewiesen wegen engem Becken, großem Kind und Stillstand der Geburt. Puls 80, Temp. 37,7°. Blasensprung vor einem Tage, Töne gut. Klinisch Sektio cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Gutes Wochenbett. (Ortsentfern. 23km).

41jährige, 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst und begleitender Hebamme eingeliefert wegen Geburtsstillstand, rigiden Weichteilen mit Puls 72 und Temp. 37,5. Wehenbeginn vor 36 Stunden, Blasensprung vor 2 Tagen. Die kindlichen Herztöne sind gut. Klinisch folgt Zangengeburt, die reifes lebendes Kind ergibt. Das Wochenbett ist durch Cistitis verlängert. (Entfern. 15km).

30.) 41jährige 3. Kreißende am Ende der Gravidität wird von dem Sanitätsdienst in Begleitung der Hebamme zur Klinik gebracht. Wegen Geburtsstillstandes seit 10 Stunden, engen Becken und Ge-

sichtslage bei Puls 96 und Temp. 36,4°. Klinisch erfolgt Wendung auf den Fuß und Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett störungsfrei. (Ortsentfern. 38km).

27jährige 3. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom behandelnden Arzt mit dem Privatwagen zur Klinik gebracht wegen engen Becken, großem Kind und Wehenstillstand bei Puls von 72, und Temp. von 37,4°. Der Kopf steht über dem Beckeneingang. Die kindlichen Herztöne sind schwach. Es folgt klinisch hoher Zangenversuch, Perforation und manulle Placentarlösung. Guter Heilungsverlauf im Wochenbett. (Ortsentfern. 15km).

34jährige 8. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom behandelnden Arzt mit dem Privatwagen in die Klinik gebracht wegen vorzeitigen Blasensprung, 2. Steißlage, Intrauterinen Fruchttot und Geburtsstillstand seit 6 Stunden. Puls 92, Temp. 37,5°. Es folgt klinisch Extraktion. Das Wochenbett weist subfrebile Temperaturen auf. (Entfern. 16km).

33jährige 9. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter zur Klinik transportiert wegen Geburtsstillstand seit 7 Stunden. Puls 88, Temp. 37,9. Die kindlichen Herztöne sind gut. Nach 2 Stunden erfolgt Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 15km).

31jährige 8. Kreißende im 8. Monat der Gravidität wird von der Sanitätsmannschaft eingeliefert wegen Nachgeburtsschwierigkeiten. Puls 96, Temp 37,5°. Die Frau gibt an daheim vor 1 Stunde spontan ein lebendes unreifes Kind geboren zu haben. Die Hebamme brachte die Nachgeburt nach mehreren Bemühungen nicht heraus nnd veranlaßte die Einweisung, da ein Arzt nicht zu erreichen war. Es folgt klinisch manuelle Placentarlösung. Das Kind stirbt nach 2 Stunden an Lebensschwäche. Normales Wochenbett. (Weichbild).

36.) 33jährige, 1. Kreißende (Alte Erstgebärende), am Ende der Gravidität wird durch den Sanitätsdienst eingeliefert wegen langer Geburtsdauer, Hydrocephalus, keine kindlichen Herztöne und allgemein verengtes Becken mit Puls 140 und Temp. 38,2°. Perforation und Extraktion. Das Kind hatte einen Wasserkopf und Spina bifida. Das Wochenbett ist störungsfrei. (Ortsentfern. 74km).

42jährige 4. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom behandelnden Arzt mittels Privatwagen in die Klinik gebracht mit der Angabe: Lange Geburtsdauer, Mekoniumabgang, schlechte kindliche Herztöne. Puls 100, Temp. 38,0°. Klinisch folgt Entbindung durch die Zange. Sie ergibt scheintodes Kind das nach 10 Minuten ad exitum kommt. Das Wochenbett ist durch langsam heilende Episiotomiewunde und subfebrile Temperaturen verzögert. (Ortsentfern. 8km).

43jährige 2. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Rettungsdienst befördert wegen halbgeborenem Kind bei engen Bekken. Puls 84, Temp. 37,2°. Das Kind ist bis zum Rumpf außerhalb der Klinik geboren worden, die Nabelschnur ist pulslos. Schwache Wehentätigkeit. Klinisch: Lösung der hochgeschlagenen Arme und Perforation. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 7km).

25jährige 2. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Rettungswesen eingeliefert wegen vorzeitigem Blasensprung, plattrachitischen Becken und Wehenstillstand. Puls 70, Temp. 37,3°. Klinisch folgt Sektio cäs. extr., die großes reifes lebendes Kind ergibt. Störungsfreies Wochenbett. (Ortsentfern. 16km).

40jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird vom Sanitätsdienst und begleitendem Mann zur Klinik gebracht wegen 2. d. a. Querlage, Hydrocephalus uud intrauterinen Fruchttod bei Puls von 72, Temp. 37,8°. Keine kindlichen Herztöne. Es folgt klinisch Dekapitation des abgestorbenen Kindes, das im 3. Grade maceriert ist. Wochenbett o. B. (Weichbild).

42.) 38jährige 9. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird mittels Privatauto unter sehr kräftigen Wehen zur Klinik befördert wegen 2. d.a. Querlage bei Puls von 84 und Temp. 37,5°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Es folgt klinisch Wendung auf den Fuß und Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Ortsentfern. 14km).

36jährige 3. Kreißende am Ende der Gravidität wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen 2. d. a. Querlage, engen Becken und Wehenstillstand bei Puls 85 und Temp. 37,4°. Die Herztöne sind gut. Es folgt klinisch Sektio vaginalis Extraktion und Zange

am nachfolgenden Kopf. Das Kind ist reif und lebt. Im Wochenbett macht sich eine Blasenscheidenfistel bemerkbar. (Entfern. 8km).

26jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern eingeliefert wegen 2. unvollkommener Fußlage mit Puls von 72, Temp. 37,0°. Herztöne sind gut, der eine Fuß ist bereits bei der Einlieferung geboren. Es folgt klinisch Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Weichbild).

33jährige 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird mit dem Sanitätswagen gebracht wegen 2. Gesichtslage bei leicht verengten Becken und krampfhaften Wehen mit guten kindlichen Herztönen bei Puls 88 und Temp. 38,0°. Nach kurzer Zeit erfolgt Spontangeburt eines reifen asphyktischen Kindes, das nach 15 Minuten ad exitum kommt durch Tentoriumriß und cerebrale Blutung. Wochenbett o. B. (Ortsentfern. 8km).

28jährige 3. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst eingewiesen wegen 2. Gesichtslage bei engen Becken mit Puls 85 und Temp. 37,2°. Gute kindliche Herztöne. Es folgt Sekt. cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Ortsentfern. 19km).

27jährige 4. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter transportiert wegen Fußlage und Frühgeburt mit Anencephalus bei Puls 86 und Temp. 37,3°. Keine kindlichen Herztöne. Die Füße sind bei der Ankunft bereits geboren. Das Kind wird nun spontan ausgestoßen. Das Wochenbett zeigt zunächst subfebrile Temperaturen, anschließend Cystistis und am 5. Tage Exitus durch Lungenembolie. (Ortsentfern. 15km).

33jährige 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird mittels Privatauto zur Klinik gebracht wegen mißlungener Zange und Geburtsstillstand bei Puls 84 und Temp. 37,6°. Töne gut. Es folgt nach kurzer Zeit Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes. Glattes Wochenbett. (Ortsentfern. 19km).

48.) 32jährige 2. Kreißende am Ende der Gravidität wird im Mietauto in Begleitung der Hebamme zur Klinik gebracht wegen 1. d.a. Querlage bei engen Becken mit Puls von 85, Temp. 37,6°. Die

nicht mehr zum Leben zurückzurufen ist. Keine Störung des Wochenbettes. (Ortsentfern. 28km).

23jährige 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von den Sanitätern eingeliefert wegen mißlungener Zange bei verengtem Becken und Preßwehen mit Temp. von 38,5° und Puls 120. Herztöne schlecht. Es folgt nach 3 Stunden Spontangeburt eines reifen asphyktischen Kindes, das nach 20 Minuten ad exitum kommt. Das Wochenbett wird erschwert und verlängert durch heftige Angina mit Schüttelfrösten und Nephropathie. (Ortsentfern. 14km).

28jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Rettungsdienst und begleitendem Mann zur Klinik gebracht wegen mißlungener Zange mit Puls von 80 und Temp. 37,5°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Es folgt klinisch nach einer Stunde Spontangeburt eines reifen stark mitgenommenen Kindes, das nach 30 Minuten ad exitum kommt. Normales Wochenbett. (Entfernung 15km).

31jährige 6. Kreißende mit angeblicher Übertragung, wird vom Rettungsdienst und begleitendem Mann in die Klinik gebracht wegen mißlungener Zange und folgendem Nabelschnurvorfall mit Puls 88 und Temp. 37,4. Blasensprung vor einem Tag. Ebenso Geburtsstillstand. Die kindlichen Herztöne sind nicht zu hören, die Nabelschnur ist pulslos. Es folgt Perforation des toten Kindes. Wochenbett: Thrombose im Becken. (Weichbild).

38jährige 9. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von den Sanitätern eingeliefert wegen mißlungener Zange und drohender Uterusruptur mit Puls von 104 und Temp. 37,5°. Die Töne sind noch gut. Es folgt klinisch Zangengeburt, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

35jährige 2. Kreißende am Ende der Gravidität vom Sanitätsdienst gebracht wegen zweimal mißlungener Zange bei engen Becken und großem Kind mit Puls von 96 und Temp. 37,4. Herztöne schlecht. Es zeigten sich bereits Mekoniumabgang und Krampfwehen. Es folgt klinisch: Perforation des Kindes. Das Wochenbett ist verlängert und zeigt subfebrile Temperaturen. (Entfern. 8km.)

36jährige 2. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern transportiert wegen mißlungener Zange bei verengtem Becken und langer Gebursdauer mit Puls von 116 und Temp. 37,6°. Die kindlichen Herztöne sind schlecht. Zeitweiser Mekoniumabgang. Es folgt klinisch Zangengeburt, die reifes Kind ergibt mit rechtsseitigen Exophthalmus und rechtsseitiger Facialisparese, das nach 10 Minuten stirbt. Wochenbett o.B. (Entf.15km).

55.) 32jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird durch die Sanitäter eingebracht wegen mißlungener Zange außerhalb und erschwerter Austreibung mit Puls von 96 und Temp. 37,5°. Töne gut. Der Kopf steht bei der Einlieferung fest im Beckenausgang. Nach einer Stunde erfolgt Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 44km).

22jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingebracht wegen vorzeitigen Blasensprung und versuchter Zangenextraktion außerhalb Puls 110, Temp. 36,8°. Töne gut. Es folgt klinisch Sekt. cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett trotz geringer Wundstörung nicht erschwert. (Weichbild).

23jährige 2. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird mit dem Transportwagen zur Klinik gebracht wegen Fußlage und Nabelschnurvorfall. Puls 92 und Temp. 36,6°. Töne verlangsamt. Es folgt klinisch Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett normal. (Weichbild).

36jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern eingeliefert wegen 2. Querlage d.a. und Armvorfall Puls 78, Temp. 37,6°. Töne verlangsamt. Es folgt klinisch Wendung auf den Fuß. Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett ohne Störung. (Ortsentfern. 85km).

25jährige 2. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird mit dem Sanitätswagen wegen 1. Querlage und Vorfall des rechten Armes eingeliefert. Puls 96, Temp. 37,0°. Töne gut. Es folgt Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des reifen, lebenden Kindes. Wochenbett normal. (Weichbild).

24jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von

dem behandelnden Arzt und Consilarius mit dem Privatwagen gebracht wegen mißlungener hoher Zange und Wendungsversuch außerhalb mit nachfolgender Uterusruptur. Puls 120, Temp. 37,8°. Die Frau kreißt seit 3 Tagen, ist stark ausgeblutet, Kind sehr groß, Herztöne fehlen. Es folgt klinisch Kephalotrnpsie und Uterusexstirpation. Langsame Erholung im Wochenbett. (Ortsentfern. 56km).

32jährige, 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von den Sanitätern zur Klinik befördert wegen vorzeitigem Blasensprung, mit 1. Gesichtslage (Kinn vorne). Puls 100, Temp. 38,1°. Es folgt klinisch Zangenextraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett ist verlängert durch—Dammriß; alte Erstgebärende! (Entfern. 44km).

25jährige, 1. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird zur Klinik transportiert wegen Nabelschnurvorfall und Fußlage. Puls 80, Temp. 36,5°. Töne gut. Es folgt klinisch Extraktion und Zange am nachfolgenden Kopf, die reifes lebendes Kind ergeben. Wochenbett o.B. (Weichbild).

24jährige, 1. Kreißende im 8. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen starken Nephroseerscheinungen und totem Kind bei schlechter Wehentätigkeit, mit Puls 92 und Temp. 37,6°. Nach 7 Stunden erfolgtSpontangeburt eines unreifen toten Kindes. Das Wochenbett zeigt anfangs septisches Fieber und endet am 12. Tage mit Exitus durch Endometritis, Peritonitis auf der Rückseite des Uterus, Thrombose der rechten Vena ovarica, dazu noch fibröser Pleuritis und recidivierender Endocarditis, wie die Sektion ergab. (Weichbild).

64.) 28jährige, 4. Kreißende am Ende der Gravidität durch den Rettungsdienst eingeliefert wegen Zangen- und Perforationsversuch, mit Puls von 84 und Temp. von 37,6°. Die Frau ist noch benommen durch die vorhergegangene Narkose. Es folgt klinisch Perforation des reifen, aber schon toten Kindes. Wochenbett o.B. (Ortsentfernung 8km).

30jährige, 3. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird vom Sanitätsdienst zur Klinik gebracht wegen 2. d.a. Querlage, die sich bei außerhalb vorgenommener Einleitung der Frühgeburt wegen

engen Beckens eingestellt hat. Puls 92, Temp. 37,4°. Töne leise, Blasensprung vor einem Tag. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, die unreifes lebendes Kind ergibt, das nach 5 Stunden Lebensdauer stirbt. Das Wochenbett ist durch mittelschwere Bronchitis verlängert (Ortsentfern. 18km.)

30jährige, 3. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen gebracht wegen eingeleiteter Frühgeburt und 2. d. a. Querlage. Puls 92, Temp. 37,4°. Töne leise. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des unreifen lebenden Kindes, das aber nach 5 Stunden an intrakranieller Blutung starb. Normales Wochenbett. (Weichbild).

27jährige, 3. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen erster d.a. Querlage und Vorfall des rechten Armes. Puls 80, Temp. 36,8°. Klinisch erfolgt Wendung und Dekapitation (wegen schwieriger Entwicklung) des ausgetragenen Kindes. Wochenbett o.B. (Weichbild).

36jährige, 3. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen eingeliefert wegen engem Becken und 2. d. p. Querlage. Puls 86, Temp. 37,4°. Es folgt klinisch Sekt. vaginalis, Wendung und Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 8km).

42jährige 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom Arzt mit dem Privatwagen eingeliefert nach Geburt des 1. Kindes. 2. Zwilling tot in 1. Querlage mit Armvorfall. Puls 78, Temp. 36,7°. Töne nicht zu hören. Es folgt klinische Dekapitation und Extraktion des 2. Kindes. Wochenbett ohne Störung. (Ortsentfern. 44km).

30jährige, 2. Kreißende im 8. Monat der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst gebracht wegen Hydrocephalus und Fußlage. Puls 80, Temp. 37,5°. Töne noch zu hören. Es folgt klinisch, nachdem das tote Kind spontan schon bis zu den Schultern geboren war, Perforation und Extraktion des ansonsten mit Mißbildungen behafteten Kindes. Störungsfreies Wochenbett. (Weichbild).

31jährige 6. Kreißende am Ende der Gravidität wird durch

die Sanitäter zur Klinik gebracht wegen Wendung, Zangenversuch und Nabelschnurvorfall. Puls 88, Temp. 37,4°. Töne nicht zu hören. Es folgt klinisch Perforation und Extraktion des ausgetragenen Kindes. Subfebrile Temperaturen im Wochenbett. (Weichbild).

37jährige, 7. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch das Sanitätsauto zur Klinik gebracht wegen 1. d.a. Querlage. Puls 92, Temp. 37,2°. Töne mäßig. Wehentätigkeit unregelmäßig. Es folgt Wendung und Extraktion des lebenden reifen Kindes, das aber nach 2 Tagen an Aspirationspneumonie zugrunde geht. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 19km).

36jährige, 5. Kreißende am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht unter Krampfwehen wegen 1. d. a. Querlage. Puls 120, Temp.37,6°. Töne beschleunigt. Die Frau ist sichtlich mitgenommen von der 2tägigen Wehenarbeit. Es folgt klinisch Wendung und Zange am nachfolgenden Kopf, die reifes, asphyktisches Kind ergeben. Glatter Verlauf des Wochenbettes.(Ortsentfern. 21km).

20jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft kommt in die Klinik wegen Geburtsstillstand, großem Kind, Abgang von Mekonium und schlechten kindlichen Herztönen. Puls 100, Temp. 37,2°. Die Frau steht seit 1½ Tagen in schwerer Geburtsarbeit ohne wesentlichen Erfolg. Es folgt klinisch hohe Zangenextraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett ohne Störung. (Entf. 102km).

32jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen totem Kind und 1. Steißlage. Puls 96, Temp. 37,5°. Es folgt klinisch Extraktion des reifen, aber toten Kindes. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 35km).

26jährige 3. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird von den Sanitätern gebracht wegen 1. d.p. Querlage, vorzeitigem Blasensprung und totem Kind. Puls 80, Temp. 37,1°. Blasensprung vor einem Tag. Die Wehen sistieren nach Angabe 3 Wochen. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und Dekapitation des reifen Kindes, das im 3. Grade maceriert war. Normales Wochenbett. (Weichbild).

37jährige 3. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird der Klinik von den Sanitätern überbracht wegen 2. Gesichtslage und

langer Geburtsdauer. Puls 116, Temp. 37,2°. Töne schlecht. Klinisch wird Zangenversuch gemacht, der von Perforation des Kindes abgelöst wird. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 37km).

31jährige 5. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird der Klinik durch den Rettungsdienst zugebracht wegen Stillstand der Geburt, Fieber in der Geburt und vorzeitigen Blasensprung. Puls 128, Temp. 37,7°. Töne verlangsamt. Die Frau gibt an, daß die Blase vor 21 Stunden gesprungen sei und die Wehen sistiert hätten. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 5km).

40jährige 3. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird mit dem Sanitätsauto zur Klinik gebracht wegen großem Kind, langer Geburtsdauer und Wehenschwäche. Puls 116, Temp. 37,3°. Töne gut. Aussetzen der Wehentätigkeit seit 36 Stunden nach erfolgtem Blasensprung. Es folgt klinisch Sektio cäs. extrapertion, die lebendes reifes Kind ergibt. Wochenbett durch Thrombophlebitis verzögert. (Ortsentfern. 30km).

22jährige 2. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter transportiert wegen Entbindungsunmöglichkeit bei engem Becken und Querlage. Der Puls ist nicht zu fühlen. Temp. 37,8°. Die Frau ist sehr anämisch, befindet sich im kolabiertem Zustand, die kindlichen Töne sind verstummt, keine Wehentätigkeit. Es folgt klinisch sofortige Laparotomie, die Uterusriß und totes Kind ergibt. Exitus der Wöchnerin nach 18 Stunden. (Ortsentfern. 30km).

34jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom behandelnden Arzt mittels Privatwagen zur Klinik gebracht wegen mißlungener Placentarlösung, zweier Cervixrisse und einem Dammriß 2. Grades mit Puls von 110 und Temp. 38,5°. Zuhause erfolgte nach vorzeitigem Blasensprung die Spontangeburt eines toten reifen Kindes. Die Frau ist benommen und sehr anämisch. Es folgt operative Versorgung. Am nächsten Tag kommt die Frau ad exitum wegen septischer Endometritis puerperalis. (Ortsentf. 37km).

23jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird vom Rettungsdienst zur Klinik gebracht wegen 2. d.p. Querlage und ver-

engtem platt—rachitischen Becken. Puls 96, Temp. 37,6°. Töne mäßig. Es folgt klinisch Wendung, Extraktion (erschwerte Armlösung, Zange am nachfolgenden Kopf) des asphyktischen Kindes, das nach wenigen Minuten ad exitum kommt. Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 12km).

83.) 33jährige 4. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter zur Klinik gebracht in halbentbundenem Zustande, wegen mißlungenem Versuch der manuellen Placentarlösung mit Puls von 120 und Temp. 37,2°. Ein unreifes lebendes Kind wurde vor 10 Stunden zu Hause geboren. Die Kreißende zeigt sehr anämisches Aussehen, hat Pulsbeschleunigung, der Uterusfundus steht in Nabelhöhe bei liegender Scheidentambonade und aus der vagina hängender Nabelschnur. Bei der Untersuchung ergibt sich Uterusperforation, der sofortige Laporotomie folgt. Das Kind kam nach kurzer Zeit ad exitum. Das Wochenbett verlief störungsfrei. (Ortsentf. 41km).

36jährige 3. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen der Klinik überbracht wegen totem sehr großen Kind und Fieber 39,2° während der Geburt. Puls 116. Töne keine. Seit 2 Tagen bestehen Schüttelfröste. Es folgt klinisch Perforation und Zerstückelung des kindlichen Rumpfes. Gutes Befinden im Wochenbett. (Ortsentfern. 10km).

21jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst in die Klinik gebracht wegen allgemein verengten Becken und mißlungener Wendung. Puls 96, Temp. 37,7. Töne mäßig Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Perforation und Extraktion des ausgetragenen Kindes. Das Wochenbett verläuft ungestört. (Ortsentfern. 15km).

25jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird von der Sanitätsmannschaft der Klinik überbracht wegen Geburtsstillstand, schlechten Herztönen und verengten Becken. Temp. 36,9, Puls 80. Töne sehr verlangsamt. Es folgt klinisch Zangenextraktion, die lebendes reifes Kind ergibt. Normales Wochenbett. (Weichbild).

31jährige 1. Kreißende im 10 Monat der Gravidität wird durch das Sanitätsauto der Klinik überbracht wegen Mekoniumabgang des Kindes, schlechten Herztönen und verengten Beckenverhält-

nissen. Puls 84, Temp. 37,5°. Töne sehr schwach und unregelmäßig Die Frau befindet sich seit 2 Tagen in der Geburtsarbeit und fühlt sich sehr ermattet. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und hohe Zange, die asphyktisches reifes Kind ergeben, das nach 30 Minuten ad exitum kommt. Das Wochenbett verläuft ohne Störung. (Ortsentfern. 18km).

24jährige 1. Kreißende in der 38. Woche der Gravidität wird vom Sanitätsdienst der Klinik überbracht wegen langer Geburtsdauer, engen Becken, 2. Vorderhauptslage, Mekoniumabgang und schlechten Herztönen. Puls 82, Temp. 37,5°. Es folgt klinisch vaginaler Kaiserschnitt und hohe Zange, die reifes lebendes Kind ergeben. Subfebrile Temperaturen im Wochenbett. (Ortsentfern. 25km).

21jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von den Sanitätern eingeliefert wegen vollkommener Fußlage und vorzeitigem Blasensprung. Puls 96, Temp. 37,2°. Töne gut. Blasensprung seit 36 Stunden; seitdem auch schwächer werdende Wehen. Es folgt klinisch Extraktion und Zange am nachfolgenden Kopf, die reifes lebendes Kind ergeben, das aber nach wenigen Stunden an Gehirnblutung stirbt. Störungsfreies Wochenbett. (Weichbild).

30jährige 5. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern eingebracht wegen 1. unvollkommener Fußlage und Nabelschnurvorfall. Puls 96, Temp. 37,2°. Es folgt klinisch: Extraktion am heruntergeholten Fuß und Extraktion des unreifen lebenden Kindes. Guter Wochenbettverlauf. (Ortsentfern. 35km).

22jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Rettungsdienst zur Klinik gebracht wegen 1. Steißlage. Puls 80, Temp. 37,4°. Töne keine. Das Kind war unterwegs bis zum Nabel geboren. Nabelschnur pulslos. Es folgt klinisch Extraktion des abgestorbenen reifen Kindes. Wochenbett o. B. (Ortsentf. 25km).

29jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird vom Sanitätsdienst gebracht, wegen Wehenschwäche, vorzeitigem Blasensprung. Temp. 37,8°, Puls 120. Töne verlangsamt. Keine Wehentätigkeit mehr seit 12 Stunden. Es folgt klinisch Zangenextraktion, die lebendes reifes Kind ergab. Wochenbett durch weitere Temperaturen verzögert. (Weichbild).

29jährige, 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird vom Sanitätsdienst gebracht wegen Wehenschwäche, vorzeitigen Blasensprung und Temp. 37,8°., Puls 120. Töne verlangsamt. Keine Wehentätigkeit mehr seit 12 Stunden. Es folgt klinisch Zangenextraktion, die lebendes reifes Kind ergab. Wochenbett durch weitere Temperaturen verzögert. (Weichbild).

28jährige, 2. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird mit dem Sanitätsauto der Klinik zugeführt wegen engen Becken und großem Kind.Temp. 36,0°, Puls 96. Töne gut. Es folgt klinisch Sekt. cäs. intrap., die lebendes reifes Kind ergibt. Gutes Wochenbett. (Ortsentfern. 25km).

94.) 32jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird mittels Privatauto vom Arzt u. begleitender Hebamme zur Klinik gebracht wegen vorzeitigen Blasensprung, Stillstand der Geburt, 1. Fußlage, engem Becken und Zwillingsverdacht. Puls 120, Temp. 38,3°. Es folgt klinisch Extraktion mit Zange am nachfolgenden Kopf, die totes Kind ergibt mit Maceration im 2. Grad. Anschließend wird ein 2. Kind extrahiert, das reif ist und lebt. Im Wochenbett ergibt sich Fieber mit Exsudat und großem Tumor, der sich als eiteriges Dermoidkystom entpuppt. Die Frau verläßt nach ½jähriger Behandlung die Klinik. (Ortsentfern. 50km).

32jährige, 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird zur Klinik verbracht wegen Zangenversuch außerhalb, engen Becken und schlechten Herztönen des Kindes Puls 72, Temp.36,8° Es folgt klinisch Perforation des inzwischen abgestorbenen reifen Kindes. Wochenbett erschwert durch Thrombophlebtis am Unterschenkel. (Ortsentfern. 12km).

34jährige 2. Kreißende am Ende der Gravidität wird mit dem Sanitätsauto der Klinik überwiesen wegen engem Becken, Nabelschnurvorfall, schlechte Töne. Temp. 37,9°,Puls 110. Es folgt klinisch Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Wochenbett ohne Störung. (Weichbild).

23jährige 1. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird mit dem Sanitätswagen zur Klinik gebracht wegen Fußlage und engen Becken. Temp. 37,8°, Puls 112. Töne gut. Es folgt klinisch

Extraktion und Zange am nachfolgenden Kopf, die unreifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett normal. (Weichbild).

23jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird zur Klinik mit dem Sanitätswagen gebracht wegen vorzeitigem Blasensprung, engem Becken und Nabelschnurvorfall. Temp. 37,6°, Puls 120. Töne noch gut. Klinisch folgt Sektio vaginalis und hohe Zange, die reifes lebendes Kind ergibt, das aber nach 18 Stunden an intrankranieller Blutung stirbt. Wochenbett ohne Störung. (Ortsentfern. 12km).

19jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Sanitätsdienst gebracht wegen rachitisch verengten Becken und Wehenstillstand. Temp. 37,3°, Puls 108. Töne gut. Stillstand der Geburt seit 15 Stunden. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett zeigt guten Verlauf. (Ortsentfern. 8km).

28jährige 3. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird mittels Privatauto der Klinik überbracht wegen Armvorfall bei verschleppter Querlage und verengtem Becken. Temp. 37,6°, Puls 120. Töne nicht zu hören. Es folgt klinisch Zerstückelung des abgestorbenen Kindes. Wochenbett weist geringe subfebrile Temperaturen auf. (Ortsentfern. 32km).

* * *

Einige wenige Fälle aus dieser großen Zahl seien herausgegriffen und einer näheren Erörterung unterworfen.

10.) 30jährige, 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft kommt durch die Sanitäter in Begleitung der Hebamme wegen vorgefallener Nabelschnur und engen Becken mit Puls von 96 und Temp. 37,3°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Klinisch folgt Sekt. cäs. extr., die ein reifes lebendes Kind ergibt. Geringe subfebrile Temp. im Wochenbett. (Ortsentfern. 44km).

Der erfolgte Transport über die größere Entfernung, bei geschildertem Zustand, war vollauf indiziert und hat sich auch durch sein Ergebnis gerechtfertigt. Vorgefallene Nabelschnur und Beckenverengung sind als Komplikation nicht zu unterschätzen. Kann doch ein längerer Transport ein weiteres Lockern und vermehrtes Vor-

fallen ergeben. Rückt gleichzeitig auch die Kindsmasse tiefer, so wird eine Nabelschnurkompression den kindlichen Kreislauf vom mütterlichen absperren und ein intrauterines Absterben zur Folge haben. Andrerseits wird ein wiederholter Versuch auf der Fahrt die Nabelschnur zu reponieren, ein Kontakt, wenn auch nicht direkt mit den Keimen der Außenwelt, so doch mit der bekanntlich noch infektiösen Bakterienflora der Scheide, einer aufsteigenden Infektion Möglichkeit geben. Eine Überwachung der Kreißenden durch den Arzt oder die Hebamme erscheint dennoch ratsam. Die Frau kommt mit Puls 96, Temp. 37,3° und gutem Befinden an, trotz des längeren Transportes und empfängt durch Schnittentbindung ein lebendes, reifes Kind, mit nahezu einwandfreiem Wochenbett.

18.) 27jährige 2. Kreißende in der 39. Woche der Schwangerschaft mittels Privatwagen in Begleitung von Anverwandten zur Klinik gebracht wegen allgemein verengten Becken, vitium cordis, und völlig erschöpften Zustand, mit Puls von 80 und Temp. 36,5°. Die kindlichen Töne sind gut. Klinisch folgt Zangengeburt, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Entfernung 130km).

Eine Beförderung mit dem Privatwagen über eine Entfernung von 130km stellt an die Kreißende mit erschwerter Gebärmöglichkeit durch allgemein verengtes Becken, sowie mit chronischem Herzfehler behaftet, sehr hohe Anforderungen. Mag sie schon durch die vorhergegangene, zeitlich ausgedehnte, ergebnislose Geburtsarbeit geschwächt sein, so wird der Transport mit dem Auto, wie schon erwähnt, ungenügende Lagerung, Witterungseinflüße, Transportmißlichkeiten anderer Art, weitere ungünstige Beschwerden der Frau zumuten. Eine treibende Kraft, im Sinne der positiven Geburtsarbeit aber geht von den Transportbewegungen aus, wie sie sich zusammensetzt aus Stoßen, Schütteln, schnellen Bremsen u. dergl. mehr. Die Kreißende kommt zwar sehr erschöpft an, doch mit annehmbaren Puls und Temperatur. Der operative Ausgang ist zufriedenstellend.

30.) 41jährige 3. Kreißende am Ende der Gravidität wird von dem Sanitätsdienst in Begleitung der Hebamme zur Klinik gebracht. Wegen Geburtsstillstandes seit 10 Stunden, engen Becken und Gesichtslage mit Puls 96, Temp. 36,4°. Klinisch erfolgt Wendung auf den Fuß und Extraktion des reifen, lebenden Kindes. Wochenbett störungsfrei. (Ortsentfern. 38km).

Gesichtslage mit Kinn nach hinten zählt zu den unliebsamsten

Zwischenfällen, wie sie durch häufigen Lagerwechsel der Kreißenden, wenn auch nicht allzu häufig, entstehen kann. Geburtsstillstand wie er hier neben engen Becken, noch mit zur Einweisung Anlaß gab, ließ bei Sanitätsautotransport und mittelweiter Entfernung dieses Vorkommnis nicht in den Bereich der sich verwirklichenden Möglichkeiten treten. Die Frau überstand den Transport ohne jegliche Schwierigkeit. Lebendes Kind und normaler Wochenbettsverlauf waren das Ergebnis.

36.) 33jährige 1. Kreißende (alte Erstgebärende) am Ende der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingeliefert wegen langer Geburtsdauer, Hydrocephalie, keine kindlichen Herztöne und allgemein verengten Becken, mit Puls von 140 und Temp. 38,2°. Klinisch erfolgt Perforation und Extraktion. Das Kind hatte einen Wasserkopf und Spina bifida. Das Wochenbett ist störungsfrei. (Ortsentfern. 74km).

Lange Geburtsdauer, Hydrocephalie, allgemein verengtes Becken, erhöhter Puls und Temperatur lassen die Niederkunftsmöglichkeit einer alten Erstgebärenden im bedenklichsten Lichte erscheinen. Eine operative Beendigung der Geburt im Privathaus erscheint aussichtsloser, als die möglichst rasche und mit Umsicht geleitete Verbringung der Kreißenden in die nächste 74km weit entfernte Klinik. Eine Injektion zur Verringerung der Wehentätigkeit, zur Prophylaxe gegen das Auftreten von Krampfwehen mit der Gefahr der Uterusruptur, wenn nötig noch eine Stütze des Kreislaufes, sanitärer Transport zeichnen einen gangbaren Weg, dessen Richtigkeit sich durch das operative Ergebnis bestätigt findet. Perforation und Extraktion des toten Kindes mit Hydrocephalus und Spina bifida bilden nicht die geringste Kontraindikation zum Transport. Ein störungsfreies Wochenbett wäre bei der Hausgeburtshilfe hier vermutlich nicht erreicht worden.

42.) 38jährige 9. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird mittels Privatauto unter sehr kräftigen Wehen zur Klinik befördert wegen 2. d. a. Querlage mit Puls 84 und Temp. 37,5°. Die kindlichen Herztöne sind gut. Wendung auf den Fuß mit Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Ortsentf. 14km).

Rechtzeitige Überweisung in fachkundigere Hand, in Erkenntnis der eigenen unzureichenden Technik und Schulung, der mangelnden Operationsgelegenheit, läßt den behandelnden Arzt wert- und verdienstvoller erscheinen, als wenn er durch mangelhafte Ausführung einer

schweren Geburt der Gesundheit von Mutter und Kind Schaden zufügt. Immer noch besser erscheint ein, wenn auch umständlicher und längerer Transport als nicht oder ungenügend indiciertes Handeln. Ein Transport dieser Kreißenden, bei gutem Puls, geringer Temp. guten kindlichen Tönen, über geringe Entfernung ist mit voller Sicherheit gewährleistet. Entschließt sich der gerufene Arzt nicht zum Transport in die Klinik, wegen der Möglichkeit auftretender Krampfwehen, einer Verkühlung der Kreißenden oder sonstigen Möglichkeiten, so wird der Gefahrenbereich einer Privatoperation größer sein und unter Umständen nicht das günstige klinische Ergebnis zeitigen.

48.) 24jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom behandelnden Arzt und Consilarius mit dem Privatwagen gebracht wegen mißlungener hoher Zange und Wendungsversuch außerhalb mit nachfolgender Uterusruptur. Temp. 37,8°, Puls 120. Die Frau kreist seit 3 Tagen, ist stark ausgeblutet, Kind sehr groß, Herztöne fehlen. Es folgt klinisch Kephalotrypsie und Uterusexstirpation. Langsame Erholung im Wochenbett. (Ortsentfern. 30 km).

Unter den denkbar ungünstigsten Momenten, mitten hinein in einen ungeheuren Gefahrenbereich versetzt, tritt diese 24jährige 1. Kreißende noch dazu im Privatwagen die beschwerliche Fahrt nach der 30km entfernten geburtshilflichen Station an. Die vorausgegangene längere Geburtsarbeit, eine mißlungene hohe Zange mit Wendungsversuch und dabei gesetzter Uterusperforation, hatten die Kräfte der Frau um ein Beträchtliches herabgesetzt, sie fast allen schädlichen äußeren Einflüssen preisgegeben. (Blutverlust, Wärmeverlust, Kopfschmerzen, Schwindel, psychische Erregung, zahlreiche Fahrtbeschwerden). Sie kommt an mit Fieber, raschen, kleinen Puls; erträgt aber trotzdem noch die angezeigte Kephalotrypsie und die Uterusexstirpation. Sie erholt sich gut, wenn auch langsam im Wochenbett. Wenn die Frau nach Häufung solcher Ereignisse noch am Leben ist, die in äußerster Bedrängnis ausgeführte Operation noch überstanden hat, so ist dies nicht zuletzt dem raschen, bestmöglichen Transport zu verdanken.

55.) 32jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität durch die Sanitäter eingebracht wegen mißlungener Zange außerhalb und erschwerter Austreibung mit Puls 96 und Temp. 37,5°. Töne gut. Der Kopf steht bei der Einlieferung fest im Beckenausgang. Nach 1 Stunden erfolgt Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes.

Normales Wochenbett. (Ortsentfern. 44km).

Der Transport einer alten Erstgebärenden, wegen Austreibungsschwierigkeiten, bedingt durch die rigiden Weichteile des Geburtskanals auf größeren Strecken, unter bedingten Maßnahmen, endet nicht selten mit Spontangeburt. Es liegt nahe, daß durch die Schüttelbewegungen bei dieser längeren Fahrt, das Kind in uteri so zurecht gelagert wird, der vorangehende Teil in der Beckenkrümmung sich zurecht paßt, verbunden mit dem Wiederauftreten der vielleicht eingestellten Wehenarbeit, daß einer Spontangeburt nichts mehr hinderlich im Wege ist.

64.) 28jährige, 4. Kreißende am Ende der Gravidität durch den Rettungsdienst eingeliefert wegen Zangen und Perforationsversuch, mit Puls von 84 und Temp. von 37,6°. Die Frau ist noch benommen durch die vorhergegangene Narkose. Es folgt klinisch Perforation des reifen, aber schon toten Kindes. Wochenbett o.B. (Ortsentfernung 8km)

Anoperierte Fälle, die vom prakt. Arzt aus Einsicht über die unzureichenden Gelegenheiten der operativen Hausgeburtshilfe, des Übersteigen der gegebenen Situation dem eigenen Können, der Klinik überwiesen werden, müßten nach längerem Transport und flüchtigen Dafürhalten einen schlechten Ausgang nehmen. Die Frau kommt mit Puls von 84 und Temp. 37,° in die Klinik und beschließt die folgende Operation mit störungsfreien Wochenbett.

83.) 33jährige 1. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter zur Klinik gebracht in halbentbundenem Zustande, wegen mißlungenem Versuch der manuellen Placentarlösung mit Puls von 120 und Temp. 37,2°. Ein unreifes lebendes Kind wurde vor 10 Stunden zu Hause geboren. Die Kreißende zeigt sehr anämisches Aussehen, hat Pulsbeschleunigung, der Uterusfundus steht in Nabelhöhe bei liegender Scheidentambonade und aus der vagina hängender Nabelschnur. Bei der Untersuchung ergibt sich Uterusperforation, der sofortige Laporotomie folgt. Das Wochenbett verlief störungsfrei. (Ortsentf. 41km).

Manche erschwerte Geburtsfälle sind gar nicht selten neben der Vorkehrung aller erforderlichen Anordnungen, noch von außerordentlichem Glück begünstigt. So zeigt der oben gegebene Bericht über die Halbentbundene, die nach den Operationsversuchen, über 40km

durch die Sanitäter transportiert, mit Puls 120, schlechten Aussehen, ausgeblutet in die Klinik kommt, die erfolgte Laparotomie gut übersteht und im Wochenbett gesundet. Zweckmäßige Verbringung, Sorge für gute Lagerung, Gabe von Beruhigungsmitteln, notwendige Tamponade, Wärmezufuhr, Aufsicht des begleitenden Arztes und dergl. mehr, halfen auch hier mit, den Erfolg zu sichern.

94.) 32jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird mittels Privatauto und vom Arzt mit begleitender Hebamme zur Klinik gebracht wegen vorzeitigem Blasensprung, Stillstand der Geburt, 1. Fußlage, engem Becken und Zwillingsverdacht. Puls 120, Temp. 38,3°. Es folgt klinisch Extraktion mit Zange am nachfolgenden Kopf, die totes Kind ergibt, mit Maceration im 2. Grad. Anschließend wird ein 2. Kind extrahiert, das reif ist und lebt. Im Wochenbett ergibt sich Fieber mit Exsudat und großem Tumor, der sich als eiteriges Dermoidkystom entpuppt. Die Frau verläßt nach ½jähriger Behandlung die Klinik. (Ortsentfern. 50km).

Eine Fülle von Komplikationen in der Geburtsarbeit zeigt erwähnter Fall. Alte Erstgebärende, vorzeitiger Blasensprung, Fieber in der Geburt, Fußlage, enges Becken, Zwillingsverdacht, Transport mit dem Privatwagen über eine Strecke von 50km. Jeder einzelne Punkt könnte Anlaß zu schweren Bedenken geben und einen Transport hintanhalten. Die Gefahrenmomente einer sich vorzeitig einstellenden Geburt, Vorfallen von Nabelschnur oder Kindsteilen, Einkeilung, Absterben der Frucht, Infektion der Geburtswege oder auftretende Preßwehen mit drohender Uterusruptur können stets auftauchen und eine wohlmeinende Absicht mit Mißerfolg bedenken. Daß nichts von alldem sich ereignet hat, beweist uns der Ausgang. Daß vielmehr eine Verbringung in die Klinik als notwendig erachtet werden mußte und diese noch besser vielleicht sich vollziehen ließ bei schwangeren Uterus, mit verringerter Ansiedlungsmöglichkeit für die Bakterienflora als post partum, die Überweisung zweckmäßiger im Sanitätswagen hätte ausgeführt werden sollen, legt einwandfrei der gynäkologische Untersuchungsbefund dar, indiziert durch kennzeichnende Symptome, die eine ausgedehnte Laparotomie erforderten (eitriges Dermoidkystom, nebenbei Exsudat), auf Grund deren die Patientin, wenn auch nach längerem Krankenhausaufenthalt, gesund in den gewohnten Wirkungskreis zurückkehren konnte, was nicht mit soviel Sicherheit hätte erzielt werden können, auf Grund nicht ausgeführten Kreißendentransportes.

2. Teil.

Die größte Bedeutung haben und ernsthafte Beachtung muß den Fällen geschenkt werden, die wegen Eklampsie oder Placenta prävia zur schnellsten Hilfeleistung in die Klinik zur Aufnahme gelangen.

Die Eklampsie, der Höhepunkt einer durch die ganze Schwangerschaft sich hinziehenden Vergiftung des mütterlichen Organismus erfordert zur Behandlung und Betreuung die Hergabe allen zur Verfügung stehenden Wissens und aller Erfahrung. Sind schon am Bett einer Eklamptischen in einer gut geführten Klinik viele Köpfe ratgebend und viele Hände um das Wohl der Betroffenen bemüht, so mag daraus sich ergeben die Unzulänglichkeit des Privathauses und die überaus verantwortungsvoll und oft sehr beschwerliche Überführung der Eklamptisch- Kreißenden in ein Krankenhaus. Nicht immer besteht augenblicklich bequeme Beförderungsmöglichkeit und unterstützende Begleitung zur Verfügung.

Der Arzt allein sieht sich oft gezwungen angesichts eines bedrohlichen Zustandes, stärksten Vergiftungserscheinungen, schlechten Allgemeinbefindens, häufig einsetzender Anfälle bis zum status eklamptikus, augenblicklich eigenhändigen Transport im Privatwagen vorzunehmen, nicht selten über große Entfernungen hin, ganz auf sich selbst angewiesen, mit schnellstmöglichem Tempo fahrend, halb auf den Weg, besonders bei Nacht und Nebel, halb auf die seiner Verantwortung übergebene Frau achtend. Nicht minder die allein amtierende Hebamme in weitem Umkreis ohne ärztlichen Rat oder zu spät und zu beschwerlich solchen herbeiholen zu können, verbringt die Eklamptische womöglich mit dem eigenen kleinen Wagen, den sie selbst steuert, rasch möglichst schnell in den Klinikbereich. Unterwegs bei Anfällen der Frau muß sie anhalten, den Anfall überwachen, jedwede Unliebsamkeit verhindern, der notorischen Unruhe der Eklamptischen sorgsam begegnen, Zungen- Lippen- und Wangenbiß verhüten, Verschlucken abgebrochener Zähne oder Erstickungsgefahr infolge des bewußtlosen Zustandes beseitigen, die Betroffene wieder zurecht betten, abgesehen vom Untersichgehen des Stuhles und Urins, und die eilige Fahrt mit aller Umsicht wieder aufnehmen.

Manch stilles Heldentum wird dabei vollbracht, aber auch selten mehr innerste Befriedigung und stille Belohnung fühlt der in sich, dem es vergönnt war 2 Menschenleben zu retten.

Es folgt nun die Aufführung der typischen Eklampsiefälle, die sich im Laufe der letzten 10 Jahre der Klinik anvertraut hatten.

25jährige 2. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst und dem begleitenden Mann gebracht, wegen Eklampsie und beginnender Frühgeburt. Puls 88, Temp. 36,0°. Druck 180/110. Töne gut. Die Frau ist benommen, es stellen sich 2 Anfälle in der Wohnung und 1 Anfall in der Klinik ein. Klinisch Sekt. cäs. extr., die unreifes lebendes Kind ergibt. Normales Wochenbett. (Weichbild).

38jährige 1. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird durch den Rettungsdienst eingeliefert in Begleitung einer Verwandten wegen Eklampsie. Puls 84, Temp. 37,8°. Druck 202/145. Töne gut, Albumen positiv. 2 Anfälle ereignen sich zuhause, 1 Anfall während der Verbringung und 1 bei der Aufnahme. Es folgt Sektio cäs. intr. die unreifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

21jährige 1. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern und einer begleitenden Verwandten gebracht, wegen Frühgeburt und Eklampsie. Temp. 37,7°, Puls 96. Druck 190/120. Töne leise. Albumen positiv. Die Frau ist bei Bewußtsein. Ein Anfall erfolgte zuhause, ein 2. in der Klinik. Klinisch folgt Sektio vaginalis, Wendung, Extraktion und Perforation. Das Wochenbett zeigt subfebrile Temperaturen. (Weichbild).

18jährige 1. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst und begleitenden Verwandten zur Klinik verbracht wegen Eklampsie Puls 116, Temp. 37,6°. Druck 210/160. Albumen stark positiv. Töne leise. Benommener Zustand. Ein 1. Anfall erfolgte daheim, ein 2. auf dem Transport. Klinisch: nach längerer Zeit Spontangeburt eines asphyktischen fast reifen Kindes, das kurze Zeit post partum stirbt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

32jährige 1. Schwangere im 8. Monat der Gravidität durch die Sanitäter transportiert wegen Eklampsie. Puls 140, Temp. 37,4°.

Druck 205/150. Töne gut. Albumen positiv. Ein Anfall erfolgte außerhalb. Es bestehen starke Kopf und Augenschmerzen, starke Ödeme an den Genitalien und leichte Wehen. Es folgt klinisch Sekt. cäs. intrap., die reifes lebendes Kind ergibt. Normaler Heilungsverlauf. (Ortsentfern. 30km).

20jährige, 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom behandelnden Arzt mittels Privatwagen und begleitender Hebamme in benommenen Zustand zur Klinik gebracht wegen Eklampsie. Puls 112, Temp. 37,2°. Druck 170/120. Töne gut. Albumen positiv. Ein Anfall zuhause, 2 Anfälle unterwegs, 1 Anfall in der Klinik. Sekt. cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Ortsentfern. 37km).

33jährige, 3. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird über die Bahn durch die Sanitäter und den begleitenden Mann zur Klinik gebracht wegen Schwangerschaftseklampsie und beginnender Frühgeburt. Puls 84, Temp. 38,3°. Druck 170/125. Töne schwach. Albumen positiv. Die Frau ist benommen. Der Mann gibt an, daß die Frau vor einem Tag über heftige Kopfschmerzen mit Schwindelgefühl und Ohrensausen geklagt habe. Heute 6 Anfälle innerhalb 6 Stunden. 3 Anfälle auf dem Transport, 1 Anfall in der Klinik. Es folgt Sektio vaginalis, Wendung, Extraktion und Perforation. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 54km).

40jährige 6. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst und dem begleitenden Mann transportiert wegen Eklampsie und beginnender Frühgeburt. Puls 114, Temp. 37,4°. Druck 215/165. Albumen positiv. Töne kaum zu hören. 2 Anfälle traten zu Hause auf. Klinisch: Nach indizierten Zuwarten erfolgt die Spontangeburt eines unreifen toten Kindes. Wochenbett o.B. (Ortsentf. 20km).

30jährige, 7. Schwangere am Ende der Gravidität wird vom Sanitätsauto und begleitendem Arzt eingeliefert wegen Eklampsie mit Puls von 60 und Temp. 37,0°. Druck 190/120. Albumen positiv. Töne gut. Die Frau verspürte vor 3 Tagen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Zu Hause traten 3 Anfälle auf. Es folgt klinisch Sektio cäs. intr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 16km).

27jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Sanitätswesen eingeliefert wegen Eklampsie und mißlungener Zange. Puls 82, Temp. 37,5°. Druck 195/130. Albumen positiv. Töne gut. Die Frau ist benommen. 2 Anfälle zu Hause, 1 Anfall bei der Einlieferung. Es folgt klinisch Zange, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Weichbild).

19jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird mittels Privatauto zur Klinik gebracht, in Begleitung einer Verwandten wegen Eklampsie. Puls 90, Temp. 37,7°. Druck 180/120. Albumen stark positiv. Töne gut. Die Frau ist bewußtlos. Sie hatte vor 24 Stunden heftige Kopfschmerzen und Erbrechen, dazu leichtes Schwindelgefühl; es waren nach kurzer Zeit insgesamt 10 Anfälle gefolgt, in Abstand von 15 Min. Klinisch folgt Sektio cäs. extr. die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Weichbild).

41jährige 2. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird vom Rettungsdienst eingeliefert wegen Eklampsie. Puls 128, Temp. 37,5°. Albumen positiv. 1 Anfall unterwegs. Die Frau ist aber bei Bewußtsein. Nach 1 Tag erfolgt Spontangeburt eines unreifen toten Kindes. Wochenbett o.B. (Weichbild).

32jährige, 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingeliefert wegen Eklampsie. Puls 148, Temp. 37,3°. 3 Anfälle zu Hause, 1 Anfall in der Klinik. Herztöne gut. Albumen stark positiv. Es folgt klinisch Muttermundsincision, Wendung und Extraktion eines lebenden reifen Kindes. Normales Wochenbett. (Weichbild).

21jährige 1. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Schwangerschaftseklampsie. Puls 96, Temp. 36,5°. Albumen positiv. Töne schlecht. 3 Anfälle zu Hause, 1 Anfall in der Klinik, Nach kurzer Zeit Preßwehen und Spontangeburt eines toten unreifen Kindes. Wochenbett o. B. (Weichbild).

21jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern in bewußtlosem Zustand eingebracht wegen Eklampsie. 2 Anfälle unmittelbar nach der Ankunft. Puls 80, Temp. 36,3°. Töne gut. Klinisch folgt Muttermundincision. Wendung und Ex-

traktion reifen lebenden Zwillingen. Gutes Befinden im Wochenbett. (Weichbild).

29jährige 5. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Schwangerschaftseklampsie. Puls 110, Temp. 37,5°. Albumen positiv. 1 Anfall kurz nach der Einlieferung. Töne gut. Nach 2 Tagen unter Beobachtung erfolgt Spontangeburt eines unreifen lebenden Kindes, das nach einiger Zeit an Lebensschwäche zugrunde geht. Gutes Wochenbett. (Ortsentfern. 23km).

26jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird wegen Eklampsie vom Sanitätswesen eingeliefert. Temp. 36,5°, Puls 84. Albumen leicht positiv. Töne gut. 6 Anfälle waren zu Hause erfolgt. Klinisch folgt Sektio vaginalis und Forceps, die reifes lebendes Kind ergeben. Guter Wochenbettsverlauf. (Ortsentfern. 8km).

24jährige 1. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Sanitätswesen gebracht wegen Eklampsie. Temp. 37,7°. Puls 86. Töne gut. Albumen stark positiv. 1 Anfall zu Hause. Es folgt klinisch Wendung auf den Fuß und Extraktion eines reifen lebenden Kindes. Wochenbettsverlauf ist gut. (Weichbild).

29jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst gebracht wegen Eklampsie. Puls 76, Temp. 37,3°. Töne gut. Albumen positiv. 1 Anfall ereignet sich in der Klinik. Frau ist nicht ohne Bewußtsein. Es folgt klinisch Zange, die reifes lebendes Kind ergibt. Guter Wochenbettsverlauf. (Weichbild).

20jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird eingeliefert durch die Sanitäter wegen Eklampsie. Puls 84, Temp. 37,6°. Albumen positiv. Druck 170/225. Töne gut. 1 Anfall in der Klinik. Es folgt klinisch Sektio cäs. extrap., die lebende reife Zwillinge ergibt. Die Frau stirbt am Operationstag an Kreislaufschwäche. (Ortsentfern. 8km).

23jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern eingeliefert wegen Eklampsie. Albumen stark positiv. Temp. 37,5°, Puls 120. Töne sind nicht zu hören. Nach Angabe der begleitenden Verwandten hatte die Kreißende, die bewußtlos ist,

2 Anfälle zu Hause. Es folgt klinisch Sektio vaginalis. Das Kind ist reif aber tot. Guter Wochenbettsverlauf. (Weichbild).

33jährige 1. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern eingeliefert wegen Eklampsie. Benommen. Temp. 37,2°, Puls 120. Albumen stark positiv. Druck 160/120. Töne gut. Seit 12 Stunden je 1 Anfall in der Stunde. Es folgt klinisch Forceps, die reifes lebendes Kind ergibt. Langsame Besserung im Wochenbett. (Entfernung 12km).

26jährige 2. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingeliefert wegen Eklampsie. Beim Heben vom Sanitätswagen entbindet die Patientin ein unreifes lebendes Kind. Die Frau ist noch bewußtlos. Albumen stark positiv. Druck 156/90. Die Frau erlebt noch 5 Anfälle in der Klinik und kam nach 24 Stunden ad exitum. Temp. 37,4°, Puls 130. (Ortsentfern.10km).

28jährige 1. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird mittels Privatwagen von der behandelnden Hebamme und dem Mann zur Klinik gebracht wegen Eklampsie. 37,7°, Puls 148. Albumen stark positiv. Töne nicht hörbar. 1 Anfall unterwegs, 1 Anfall in der Klinik. Druck 180/110. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und Perforation des toten Kindes. Langsame Erholung im Wochenbett. (Ortsentfern. 17 km).

24jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von der Sanitätskolonne der Klinik überbracht, wegen Eklampsie in der Geburt. Temp. 37,6°, Puls 126. Albumen stark positiv. Druck 165/120. Töne gut. Die Frau ist bei Bewußtsein und gibt an seit heute zu Hause 2 Anfälle gehabt zu haben. In der Klinik folgt ein 3. Anfall. Klinisch folgt Zangenextraktion, die lebendes reifes Kind ergibt. Gute Besserung im Wochenbett. (Weichbild).

20jährige 1. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen zur Klinik gebracht wegen Eklampsie. Temp. 36,5°, Puls 130. Töne schlecht. Albumen stark positiv. Druck 165/95. 4 Anfälle zu Hause, 1 Anfall auf dem Transport, 2 Anfälle in der Klinik. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Die Frau kommt nach 12 Stunden durch die Schwangerschaftsvergiftung ad exitum. (25km).

24jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen der Klinik überbracht wegen Eklampsie. Temp. 37,6°, Puls 104. Albumen positiv. Druck 135/95. Töne gut. 2 Anfälle zu Hause. Bei der Aufnahme den 3. In der Klinik den 4. Es folgt klinisch Zangenextraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Langsame Erholung im Wochenbett. (Ortsentf. 28km).

18jährige 1. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Rettnngsdienst eingeliefert wegen Eklampsie. Temp. 37,3°, Puls 80. Albumen stark positiv. Druck 195/110. Töne sind nicht zu hören. 3 Anfälle zu Hause, 1 Anfall in der Klinik. Es folgt klinisch Sektio vaginalis und Perforation. Gutes Wochenbett. (Weichbild).

18jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst zur Klinik gebracht wegen Eklampsie. Temp. 37,4°, Puls 84. Albumen positiv. Druck 150/95. Töne gut. 3 Anfälle zu Hause, 1 Anfall in der Klinik. Die Frau ist stark benommen. Es folgt klinisch innere Wendung und Extraktion des reifen lebenden Kindes. Langsame Erholung im Wochenbett. (Weichbild).

19jährige 1. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst zur Klinik gebracht wegen Eklampsie. Temp. 38,4°, Puls 84. Albumen stark positiv. Druck 155/85. Töne schlecht. 5 Anfälle zu Hause, 3 Anfälle kurz nach einander in der Klinik. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Glatter Wochenbettsverlauf. (29km).

* * *

Der Transport Eklamptischer über längere Strecken, meist unter Eingreifung von Behelfsmaßnahmen bietet ein nicht unbeachtliches Gefahrenmoment. Gerade bei dieser Geburtskomplikation ist erforderlich der schnellstmögliche Transport durch das sich am besten eignende Beförderungsmittel unter Aufsicht einer mit dem Zustandsbild einigermaßen vertrauten Person. Erstickungsanfälle und Aspirationsmöglichkeiten bei eventueller Häufung der Anfälle nehmen die unbedingte Fürsorge der Begleitperson in Anspruch.

So ereignete sich vor nicht allzu langer Zeit in einem 140km

entfernten Ort folgender erwähnenswerter Fall. Eine 30jährige 7. Schwangere erleidet am Ende der Schwangerschaft plötzlich Übelsein, akut auftretende Kopfschmerzen, Ödeme an Armen, Beinen, im Gesicht und Erblindung innerhalb weniger Stunden. Die gerufene Hebamme, die sofort die drohende Schwangerschaftsvergiftung mit all ihren Folgen erkennt, weiß sich in aller Bedrängnis nicht anders zu helfen— der ortsansässige Arzt war nicht anzutreffen—, als die Eklamptische in das eigene Kleinauto zu packen, das sie selbst steuerte, um so schnell als möglich die Klinik zu erreichen. Bei den 2 Anfällen, die sich unterwegs einstellten, hielt die Hebamme an, überwachte den Anfall—zum Schutz von Bißverletzungen hatte sie einen mit Tuch umhüllten Kochlöffel mitgenommen—fuhr wieder los und erreichte glücklich die Klinik. Die Eklamptische wurde früh und schnell entbunden und es gelang so Mutter und Kind am Leben zu erhalten.

Frühe Einweisung, schonender Transport, Verabreichung von Beruhigungsmitteln und eine zur Verfügung gestellte Begleitperson vermögen den großen Gefahren der Eklampsie, besonders bei der Überweisung wirksam zu begegnen und im Verein mit der Früh- und Schnellentbindung die Sterblichkeit wie in gegebener Zusammenstellung bei 30 Fällen auf 3, wesentlich herabzudrücken.

3. Teil.

Beim Transport einer Kreißenden mit Placenta prävia ist die Verblutungsgefahr der unheilbringende Faktor. Schüttel- und Stoßbewegungen auf der Fahrt können wiederauftretende oder verstärkte Wehentätigkeit bedingen, verbunden mit forschreitendem Ablösen der Placenta, Eröffnung der Blutbahnen und so Zerstörung kindlicher und mütterlicher Lebensbedingung.

Eine normale Geburt bedeutet für jede Gebärende einen mehr oder weniger erwünschten Aderlaß, der sich unter einfachen Bedingungen auf 300—400ccm Blut ausdehnt. Ein Zuviel davon ist unerwünscht, überschreiten der Grenzen birgt erhebliche Gefahren in sich. Einen akut großen Blutverlust wird der menschliche Organismus weitaus schlechter vertragen, Erlahmen des Kreislaufes, Leerlaufen des Herzmotores, Kollaps, werden sich früher einstellen, die unbedingte Folge sein, als wie bei einem allmählichen Verlust kleinerer Blutmengen, an die sich das Kreislaufsystem anpassen kann, Zeit hat, einen Notbehelf anzustreben. Der Verlauf der Placenta prävia ist fast ausnahmslos unter einer dieser beiden Richtungen zu finden. Ein anhaltender, stets geringer Blutverlust, wird daher auftretenden Fährnissen beim Transport noch mehr Widerstand entgegen bringen können, wie akutes Versiechen größerer Mengen dieser Körperflüssigkeit.

Ein ausgezeichnetes Behelfsmittel, bei längerem Transport blutender Kreißender, stellt eine gut ausgeführte, die Scheide prall füllende, unter den Kautelen derAseptik vorgenommene Tamponade dar, sterile Gazebinden und Scheidentücher leisten gute Dienste, die durch Kompression einen Abfluß des Blutes zurückdämmen und zugleich einen nennenswerten Verschluß gegen die infektiöse Außenwelt bietet. Eine locker gelegte Tamponade, wie sie leider nicht allzuselten gehandhabt wird, bewirkt das Gegenteil, sie bildet eine kapilläre Drainage nach außen und für die Bakterien ein willkommenes Leitseil zum ausgezeichneten Nährboden hin. Das Komprimieren des blutenden Placentargewebes bei Placenta centralis und halb eröffneten Muttermund mit einem herunter geholten Bein des Kindes, was meist nur von geschickter Hand ausgeführt, gelingt, ist und

bleibt eine letzte Möglichkeit unter diesen Verhältnissen einen Verblutungstod zu verhindern und wird diese Operation nach einem längeren Transport zur Klinik selten gut heißende Ergebnisse zeitigen. Die Anwendung von Analeptica, von Mitteln zur Stützung und Förderung des Kreislaufes, bei Spontanblutenden, sei es bei zunehmender Kreislaufschwäche, oder zur Prophylaxe mit Hinsicht auf Zurücklegung größerer Strecken, wäre ebenso kontraindiciert als wohlwollend und wird sich für jeden Denkenden von selber verbieten.

Die Statistik, die sich wiederum auf die eingelieferten Fälle der letzten 10 Jahre erstreckt und eine Übersicht über 75 Fälle bietet, transportiert bis zu 240km, zeigt folgende Bilder:

31jährige 2. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft gelangt durch das Sanitätswesen in die Klinik, wegen Placenta prävia. Puls 136, Temp. 37,0°. Töne verlangsamt. Starker Blutverlust am Tag zuvor und am Einlieferungstag. Es folgt klinisch Sektio extr., die fast reifes Kind ergibt, das aber während der Entwicklung noch stirbt. Im Wochenbett leichte Bronchitis der Mutter. (Weichb.).

25jährige 3. Gravide im 9. Monat der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst in Begleitung des Mannes befördert wegen Placenta prävia l. l. d. a. Querlage. Puls 120, Temp. 37,8°. Töne gut. Blutungen erfolgten vor 9 Wochen, vor 14 Tagen und am Einlieferungstag Die Frau ist sehr anämisch, es folgt klinisch Sektio vaginalis und Wendung, die fast reifes lebendes Kind ergibt, das aber nach kurzer Zeit an intrakranieller Blutung stirbt. Pyelitis im Wochenbett. (Weichbild).

17jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird durch das Sanitätsauto eingeliefert wegen Placenta prävia mit Puls 70, Temp. 37,5°. Töne normal. Starke Blutungen bestehen seit einigen Stunden. Klinisch erfolgt nach 10 Min. Spontangeburt eines reifen lebendes Kindes. Wochenbett o. B. (Weichbild).

29jährige 10 Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter und die begleitende Hebamme zur Klinik gebracht, wegen Placenta prävia c. Puls 96, Temp. 37,3°. Töne schwach. Akuter Blutverlust von 1/2 Liter beim Wasserlassen zu Hause. Mäßige Anämie. Es folgt klinisch Sektio vaginalis mit Wendung, Extraktion, Perforation. Wochenbett mit rätselhaften

Temperaturen, sowie anschließender Thrombophlebitis im rechten Oberschenkel und im Becken gewebe. Langsame Heilung. (Weichbild).

31jährige 4. Gravide im 8. Monat der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst eingeliefert wegen Placenta prävia und beginnender Frühgeburt. Puls 76, Temp. 37,7°. Töne schwach. Starke Blutungen seit 7 Stunden, Anämie mittleren Grades. Es folgt klinisch Sektio vaginalis mit Perforation. Normales Wochenbett. (Weichb.)

43jährige 4. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird vom Sanitätsdienst eingewiesen wegen Placenta prävia c., intrauterinen Fruchttod, Hydrocephalus und plattrachitischen Becken. Puls 96, Temp. 38,1°. Keine Töne. Starke Blutungen seit wenigen Stunden mit reichlichem Blutverlust. Mäßige Anämie der Frau. Es folgt klinisch Sektio vaginalis mit Perforation. Das Kind war reif und im 1. Grad maceriert. Wochenbett o. B. (Weichbild).

21jährige 1. Gravide im 9. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter zur Klinik transportiert wegen Placenta prävia. Puls 120, Temp. 37,5°. Töne gut. Erstmalige Blutung vor 8 Tagen, erneute starke Blutung am Einlieferungstag. Die Frau ist sehr anämisch und hat kleinen frequenten Puls. Klinisch Sekt. cäs. extr., die fast reifes lebendes Kind ergibt. Das Wochenbett ist durch auftretendes Exsudat und Cystitis kompliziert. (Weichbild).

25jährige 4. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen befördert wegen Placenta prävia. Puls 80, Temp. 37,2°. Töne gut. Vor 6 Wochen erfolgte auf einen Stoß vor den Leib eine starke Blutung. Erneute Blutung vor 4 Stunden. Klinisch nach einer Stunde Spontangeburt eines unreifen, lebenden Kindes. Störungsfreies Wochenbett. (Weichbild).

34jährige 8. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia m. und beginnender Frühgeburt. Puls 82, Temp. 37,0°. Töne schwach. Blutungen bestehen seit 3 Stunden. Die Frau zeigt starke Anämie und ist leicht benommen. Klinisch folgt Sektio vaginalis, Wendung und Zange, die reifes Kind ergeben. Die Frau stirbt 10 Stunden später an akuter Herzschwäche. (Weichbild).

33jährige 2. Gravide im 8. Monat der Schwangerschaft wird von den Sanitätern eingeliefert wegen Placenta prävia m. und beginnender Frühgeburt. Puls 82, Temp. 37,0°. Töne schwach. Blutungen bestehen seit 4 Stunden, zugleich kräftige Wehen. Der Transport erfolgt nach einer vom einweisenden Arzt ausgeführten Scheidentamponade. Nach kurzer Zeit ergibt sich Spontangeburt eines unreifen toten Kindes. Wochenbett o. B. (Ortsentfern. 20km).

26jährige 2. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingeliefert wegen Placenta prävia l. und beginnender Frühgeburt. Puls 80, Temp. 37,0°. Töne schwach. Seit 3 Wochen bestehen leichte Blutungen, die sich vor 1 Tag verstärkten. Der behandelnde Arzt nahm die Wendung auf den Fuß vor und legte einen Gewichtszug an. Klinisch folgt Entwicklung des unreifen lebenden Kindes, das aber nach 1 Stunde an Lebensschwäche stirbt. Wochenbett o.B. (Weichbild).

21jährige 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst eingebracht wegen Placenta prävia c. Puls 76, Temp. 37,1°. Töne schwach. Seit wenigen Stunden bestehen starke Blutungen. Klinisch nach 2 Stunden Spontangeburt eines reifen asphyktischen Kindes mit anschließendem Exitus. Wochenbett o. B. (Weichbild).

25jährige 2. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen eingeliefert wegen Placenta prävia c. Puls 116, Temp. 37,5°. Töne gut. Vor 6 Wochen erstmalige mäßige Blutung, die erneut vor der Einlieferung auftrat. Klinisch folgt Sektio cäs. extrap., die unreifes lebendes Kind ergab. Wochenbett o.B. (Weichbild).

30jährige 3. Schwangere im 9.—10. Monat der Gravidität wird mit dem Sanitätsauto zur Klinik befördert wegen Placenta prävia c. Puls 120, Temp. 36,9°. Töne schwach. Akute starke Blutung vor wenigen Stunden. Es folgt klinisch cäs. extr., die unreifes scheintotes Kind ergibt, das nach 20 Min. stirbt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

35jährige 6. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch den Rettungsdienst eingebracht wegen Placenta prävia c. Puls

120, Temp. 36,9°. Töne gut. Blutungen starken Grades vor 2 Tagen, die erneut vor der Einlieferung sich wieder einstellten; klinisch Sektio cäs. extr., die reifes, lebendes Kind ergibt mit Exitus nach wenigen Tagen an unbekannter Ursache. Wochenbett o. B. (Weichbild).

38jährige 4. Schwangere im 8. Monat der Gravidität vom bebehandelnden Arzt mittels Privatwagen zur Klinik gebracht, wegen Placenta prävia. Puls 88, Temp. 37,5°. Töne schwach. Erstmalige mittlere Blutung vor 8 Tagen. Verstärkte Blutung vor der Einlieferung. Klinisch Sektio vaginalis, die unreifes lebendes Kind ergibt, das nach wenigen Stunden an Lebensschwäche stirbt. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 10km).

31jährige 3. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen Placenta prävia und 1. d. a. Querlage. Puls 72, Temp. 36,7°. Töne gut. Vor 3 Wochen erfolgte einmalige Blutung, die vergangene Nacht wieder akut einsetzte. Klinisch folgt Sektio vaginalis, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Entfernung 14km).

43jährige 4. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird durch den Sanitätsdienst eingebracht wegen Placenta prävia c. und Hydramnion. Puls 92, Temp. 37,5°. Töne gut. Vor 1 Monat geringe Blutungen. Wiederholte Blutung vor 3 Wochen und vor 2 Tagen mit ca. 1/2 Liter Blutverlust. Vor 4 Stunden starke Blutung. Daraufhin Tamponade und Transport. Klinisch Sektio cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Thrombose des rechten Oberschenkels und Tod der Wöchnerin an Embolie am 4. Tag. (Ortstf. 38km).

24jährige 2. Kreißende im 9. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter transportiert wegen Placenta prävia c. und Frühgeburt. Puls 92, Temp. 37,3°. Töne gut. Vor 8 Tagen erfolgte Blutverlust von 1 Liter, vor einem Tag wieder starkes Bluten, nun Tamponade und Transport. Klinisch Sektio cäs. intr., die reifes lebendes Kind ergibt. Bronchitis im Wochenbett. (Ortsentfern. 8km).

25jährige 1. Gravide am Ende der Schwangerschaft wird von den Sanitätern transportiert wegen Placenta prävia. Puls 80, Temp. 37,2°. Töne gut. Blutungen vor 6 Wochen, vor 1 Tag und am Einlieferungstag. Es folgt Sektio cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (15km).

42jährige 5. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird von den Sanitätern eingeliefert wegen Placenta prävia mit Puls 84, Temp. 37,5°. Töne gut. Blutungen vor 8 Tagen und am Einlieferungstag. Blutverlust von ½ Liter seit 5 Stunden. Tamponade. Klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 70km).

21jährige 3. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen Placenta prävia p. und Frühgeburt. Puls 100, Temp. 37,3°. Töne schwach. Blutungen vor 3 Wochen und am Einlieferungstag. Es folgt Wendung und Extraktion, die unreifes lebendes Kind ergibt, das nach kurzer Zeit infolge Lebensschwäche umkommt. Wochenbett o.B. (Entfern. 10km).

38jährige 3. Gravide im 10. Monat der Schwangerschaft wird von dem begleitenden Mann nach Bahntransport in die Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 128, Temp. 37,6°. Blutungen bestehen seit 10 Tagen mit geringen Pausen. Die Frau ist bei der Ankunft sehr schwach und anämisch. Es folgt klinisch Sektio cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Die Frau verfällt mehr und mehr und kommt infolge der sekundären Anämie nach 5 Stunden ad Exitum. (Ortsentfern. 54km).

25 jährige 3. Kreißende im 9. Monat der Schwangerschaft wird durch ein Mietauto zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia. Puls 70, Temp. 36,9°. Töne gut. Blutungen mittleren Grades seit 1 Tag. Die Wäsche ist stark durchblutet, die Frau matt und elend. Es folgt nach kurzer Zeit Spontangeburt eines unreifen lebenden Kindes. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 28km).

36jährige 8. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird mittels Privatauto in Begleitung des Mannes zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia l. 2. d. a. Querlage. Puls 84, Temp. 37,4°. Töne gut. Leichte Blutungen bestehen seit 1 Tag, die sich am Einlieferungstag verstärkten. Anämie mittleren Grades. Es folgt klinisch Wendung und Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett o.B. (Entfern. 41km).

28jährige 1. Gravide in der 30. Schwangerschaftswoche durch die Sanitäter transportiert wegen Placenta prävia c. Puls 80, Temp. 37,7°. Töne schwach. Seit 10 Tagen bestehen leichte täg

liche Blutungen, die sich am Einlieferungstage verstärkten. Starke Anämie liegt vor. Es folgt Wendung und Extraktion eines unreifen lebenden Kindes, das nach 1 Tag an Lebensschwäche stirbt. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 25km).

33jährige, 3. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird in Begleitung der Hebamme nach einer Bahnfahrt zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 88, Temp. 37,3°. Töne normal. 1. Blutung vor 14 Tagen, verstärkte Blutung am Eintrittstage. Gutes Aussehen der Frau. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung, Extraktion und Perforation. Subfrebile Temp. im Wochenbett. (Ortsentfern. 50km).

45jährige 12. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter eingeliefert wegen Placenta prävia. Puls 76, Temp. 37,5°. Töne gut. Vor 14 Tagen fand eine mäßige Blutung statt, die sich vor 2 Tagen und am Einlieferungstage wiederholte. Tamponade. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion eines lebenden reifen Kindes. Wochenbett o. B. (22km).

27jährige, 3. Kreißende am Ende der Schwangerschaft vom Rettnngsdienst zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. Pulslos Temp. 38,5°. Keine kindlichen Herztöne. Blutungen bestehen seit 2 Tagen. Die Frau wird eingeliefert, pulslos mit kalten Schweiß und stark durchbluteter Wäsche. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung, Extraktion und Perforation. Das Wochenbett zeigt subfebrile Temperaturen. (Ortsentf. 16km.)

19jährige 1. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vombehandelnden Arzt mittels Privatwagenzur Klinik gebracht wegen Placenta prävia und Rachendiphterie Puls 88, Temp. 37,7°. Keine Töne. Starke Blutung vor 6 Stunden. Vor 12 Tagen Erkrankung an Rachendiphterie. Die Frau zeigte anämisches Aussehen, war sehr erschöpft und matt. Es folgt klinisch Sektio cäs. intr., die unreifes totes Kind ergab. Nach 5 Tagen kam die Mutter an diphtherischer Entzündung des Uterus ad exitum. (Ortsentfern. 101km).

17jährige 1. Kreißende im 10. Monat der Schwangerschaft wird mit dem Sanitätsauto besördert wegen Placenta prävia c. Puls 100, Temp. 36,8°. Töne gut. Seit Wochen bestehen fast täglich

leichte Blutungen, die sich am Einlieferungstage verstärkten. Der Transport erfolgt bei liegender Scheidentamponade. Die Frau ist sehr anämisch und erschöpft. Es folgt klinisch Sektio cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Ortsentfern. 30km).

34jährige, 1. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom Rettungsdienst eingeliefert in Begleitung des Arztes und der Hebamme, wegen Placenta prävia c. Puls 84, Temp. 36,8°. Töne gut. Vor 2 und einem Tag starke Blutungen mit je 1/2 Liter Blutverlust. Es folgt klinisch Sekt. cäs. extr., die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Ortsentf. 50km).

41jährige 6. Schwangere im 9. Monat der Gravidität erfährt Transport durch die Sanitäter wegen Placenta prävia c., d. a. Querlage und Hydraminion. Puls 112, Temp. 37,6°. Töne gut. Seit 2 Tagen bestehen Blutungen mittleren Grades, die aber immer zunehmen. Es folgt klinisch Sektio vaginalis. Wendung und Extraktion des unreifen lebenden Kindes, das nach einiger Zeit an Lebensschwäche zugrunde geht. Wochenbett o.B. (29km).

33jährige, 5. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom behandelnden Arzt mittels Privatauto zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. und 2. d. p. Querlage. Puls, 112, Temp. 37,9°. Keine Töne. Seit einem Tag starke Blutungen, nach Legen einer Tamponade erfolgt Transport. Klinisch: Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des im 2. Grad macerierten Kindes. Fieberhaftes Wochenbett. (Ortsentfern. 80km).

30jährige 2. Kreißende am Ende der Schwangerschaft wird vom Mietauto in Begleitung einer Verwandten zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 88, Temp. 37,2°. Töne gut. Starker Blutverlust von mehr als 1/2 Liter. Es folgt Sektio vaginalis, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Entfern. 38km).

36jährige 8. Schwangere im 8. Monat der Gravidität erfährt Einlieferung durch den Sanitätsdienst wegen Placenta prävia c. Puls 96, Temp. 37,4°. Töne schwach. Seit einem Tag leichte ununterbrochene Blutungen, die sich bis vor die Einlieferung verstärkten. Es folgt klinisch Sekt. cäs. intrap., die lebensschwaches unreifes Kind ergibt, das nach 1 Stunde stirbt. Die Frau erleidet 2 Stunden post

operationem akuten Verfall und kommt an Anämie ad Exitum. (Ortsentfern 29 km).

26jährige 2. Kreißende im 10. Monat der Gravidität von den Sanitätern eingeliefert wegen Placenta prävia pr. marg. Puls 92, Temp. 37,5°. Kindliche Herztöne gut. Blutungen bestehen seit 2 Monaten. Am nächsten Tag erfolgt Spontangeburt eines unreifen, lebenden Kindes, das nach 10 Tagen an Dermatitis exfol. stirbt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

24jährige 3. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen eingeliefert wegen Placenta prävia centralis. Puls 72, Temp. 37,5°. Blutungen seit 2 Tagen. Das Befinden der Frau ist zufriedenstellend. Herztöne gut. Nach 1 Tag erfolgt Spontangeburt (mitten durch die Placenta) eines unreifen toten Kindes. Wochenbett o. B. (Weichbild).

36jährige 4 Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingeliefert wegen Placenta prävia c. mit Tamponade. Puls 120, Temp. 37,6°. Blutungen bestehen seit 4 Wochen in Zwischenräumen nach körperlichen Anstrengungen. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des unreifen toten Kindes. Die Mutter stirbt nach 2 Stunden unter Verschlechterung des Pulses. (Weichbild).

40jährige 12. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia centralis. Puls 108, Temp. 37,6°. Töne gut. Tamponade! Blutungen vor 3 Wochen und am Einlieferungstage. Es folgt klinisch Wendung und Extraktion eines lebenden reifen Kindes. Wochenbett o. B. (Weichbild).

31jährige 2. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 86, Temp 37,1°. Die Frau blutet stark trotz liegender Tamponade. Töne gut. Es folgt Sektio vaginalis, die lebendes reifes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

34jährige, 4. Kreißende im 10. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern eingebracht wegen Placenta prävia lat. Puls 80, Temp. 37,1°. Töne schlecht. Blutungen vor 3 Wochen und am

Eintrittstag. Es folgt klinisch Wendung und Extraktion eines toten reifen Kindes. Wochenbett o.B. (Weichbild).

41jährige 9. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern eingeliefert wegen Placenta prävia centralis. Puls 100, Temp. 37,2°. Töne schlecht; keine Tamponade. Die Frau ist stark ausgeblutet und blutete noch unterwegs. Es folgt klinisch sofort Wendung auf den Fuß und Extraktion des reifen toten Kindes. Wochenbett ohne Komplikation. (Entfern. 8km).

22jährige 3 Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 90, Temp 37,6°. Tamponade! Töne nicht zu hören. Nach kurzer Zeit erfolgt Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes, das nach 2 Stunden an Lebensschwäche stirbt. Wochenbett o.B. (Weichbild).

41jährige 10. Kreißende am Ende der Gravidität wird vom Sanitätsdienst eingeliefert wegen Placenta prävia. Puls 86, Temp. 37,3°. Töne gut. Tamponade! Starke Blutungen diese Nacht. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion eines reifen lebenden Kindes. Wochenbett o. B. (33km).

37jährige 3. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 90, Temp. 36,3°. Blutungen seit 8 Tagen; am Einlieferungstag stärkere Blutung; keine Tamponade! Töne nicht zu hören. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des toten unreifen Kindes. Wochen bett o. B. (Weichbild).

30jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter in die Klinik gebracht wegen Placenta prävia lat. Puls 100, Temp. 37,8°. Starke Blutungen seit 3 Stunden. Nach kurzer Zeit erfolgt Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes. Keine Tamponade! Wochenbett o. B. (Ortsentf. 20km).

30jährige 4. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia lat. Puls 108, Temp. 37,5°. Starke Blutung vor 4 Tagen, die sich am Einlieferungstage wiederholte. Töne gut. Es folgt klinisch, da weitere Blutung besteht, Sektio vaginalis, Wendung auf den Fuß und Extraktion des

unreifen lebenden Kindes, das nach kurzer Zeit ad exitum kommt. (Keine Tamponade). Wochenbett o.B. (Weichbild).

46jährige 13. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia marg. Puls 84, Temp. 37,2°. Töne gut. Starke Blutungen bestehen seit 2 Tagen. Transport ohne Tamponade. Gutes Aussehen. Es folgt nach kurzer Zeit Sektio vaginalis, Wendung auf den Fuß und Extraktion des reifen lebenden Kindes. Wochenbett o. B. (Weichbild).

35jährige 6. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia centralis. Puls 86, Temp. 38,7°. Die Frau macht einen ausgebluteten Eindruck. Töne gut. Es folgt klinisch Muttermundsincision, Wendung auf den Fuß und Extraktion eines lebenden reifen Kindes. Wochenbett gut. (Ortsentfern. 7km).

31jährige 3. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen eingeliefert wegen Placenta prävia lat. Puls 96, Temp. 37,3°. Töne gut. Blutungen vor 3 Wochen, und stark am Einlieferungstag. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion eines unreifen, lebenden Kindes, das nach einiger Zeit an Lebensschwäche zugrunde geht. Wochenbett beschwerdefrei. (Weichbild).

34jährige 7. Schwangere im 8. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia centralis. Puls 92, Temp. 37,2°. Töne gut. Tamponade liegt. Blutungen erfolgten seit 2 Tagen im mittleren Grade. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion eines unreifen lebendes Kindes, das nach 2 Stunden an Lebensschwäche ad Exitum kommt. Wochenbett gut. (Ortsentfern. 220km).

24jährige 5. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird durch den Rettungsdienst eingeliefert wegen Placenta prävia centralis. Puls 90, Temp. 38,4°. Töne schwach. Starke Blutung seit 1 Tag. Keine Tamponade! Es folgt klinischWendung und Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Die Frau, die ursprünglich gutes Aussehen zeigte, verfällt akut und kommt nach 3 Stunden ad Exitum (Weichbild).

28jährige 3. Schwangere im 10. Monat der Gravidität vom Sanitätswesen eingeliefert wegen Placenta prävia lat. Puls 86, Temp. 36,8°. Töne gut; keine Tamponade. Die Blutungen waren am Einlieferungstage ziemlich stark. Gutes Aussehen. Es folgt klinisch Sekt. cäs. extr., die fast reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (Weichbild).

40jährige, 1. Gebärende am Ende der Schwangerschaft wird durch die Sanitäter eingebracht, wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,6°, Puls 84. Tamponade liegt. Töne gut. Blutungen bestehen in starkem Maß seit 1 Tag. Es folgt klinisch Sekt. cäs. transper., die lebendes reifes Kind ergibt. Wochenbett o.B. (35km).

33jährige 4. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird durch den Rettungsdienst gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 76, Temp. 37,6°. Töne gut. Blutungen vor 14, 8 Tagen und am Einlieferungstag mäßigen Grades. Keine Tamponade. Es folgt klinisch Sektio vaginalis die fast reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett gut. (Ortsentf. 18km).

23jährige 1. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird zur Klinik gebracht durch die Sanitäter wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,8°, Puls 90. Töne schwach, außerdem ist Nabelschnur vorgefallen. Es folgt nach 12 Stunden Spontangeburt eines toten, unreifen Kindes. Wochenbettverlauf gut. (Weichbild).

37jährige 12. Schwangere im 9. Monat der Gravidität kommt durch die Sanitäter zur Klinik wegen Placenta prävia c. Temp. 37,1°, Puls 84. Töne gut. Keine Tamponade. Seit 14 Tagen 4 starke Blutungen, die sich am Einlieferungstage steigerten. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung auf den Fuß und Extraktion, die unreifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett nur geringe subfebrile Temperaturen. (Ortsentfern. 38 km).

31jährige 3. Schwangere am Ende der Gravidität wird vom Arzt mittels Privatwagen zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,3°, Puls 96. Töne gut, keine Tamponade. 2 starke Blutungen seit 1/2 Tag. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des reifen lebenden Kindes, das aber am 5. Tag post partum an Gehirnblutung starb. Wochenbett gut. (15km).

39jährige 2. Schwangere am Ende der Gravidität wird durch die Sanitäter befördert wegen Placenta prävia c. Temp. 37,2°, Puls 102. Töne gut. Tamponade ist stark durchblutet. Starke Blutung seit einem Tag. Es folgt klinisch bei allgemein verengtem Becken Sekt. cäs. transper, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

24jährige, 3. Schwangere am Ende der Gravidität wird durch die Sanitäter zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,3°, Puls 116. Töne gut. Die Frau blutet seit 1 Stunden stark. Keine Tamponade. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, die reifes lebendes Kind ergibt. Wochenbett o. B. (Weichbild).

28jährige, 3. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia c. Puls 100, Temp. 38,0°. Töne gut. Blutungen bestehen seit 3 Wochen im geringen Grade. Tamponade liegt. Ausgeblutetes Aussehen. Es folgt klinisch Wendung auf den Fuß und Extraktion, die unreifes lebendes Kind ergibt. Ein Nervenleiden erschwert bezw. verlängert das Wochenbett. (Ortsentfern. 29km).

34jährige 7. Schwangere im 10. Monatder Gravidität wird vom Rettungsdienst wegen Placenta prävia c. zur Klinik gebracht. Temp. 37,8°, Puls 86. Töne schwach. Die Frau ist stark anämisch und blutet stark. Keine Tamponade. Es folgt klinisch Wendung auf den Fuß und Extraktion, die unreifes lebendes Kind ergibt, das nach 3 Tagen an Lebensschwäche stirbt. Wochenbett gut. (Weichbild).

39jährige 9. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen eingeliefert wegen Placenta prävia c. Puls 76, Temp. 37,3°. Töne gut. Ziemlich starke Blutungen seit 3 Tagen, keine Tamponade. Es folgt klinisch Wendung und Extraktion des unreifen, lebenden Kindes. Geringe subfebrile Temgeraturen im Wochenbett. (Entfernung 8km).

44jährige 13. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätsdienst zur Klinik gebracht, wegen Placenta prävia part. Temp. 37,4°, Puls 82. Töne schwach, keine Tamponade. Blutungen vor 14 Tagen am Einlieferungstag. Gutes Aussehen. Es folgt

klinisch Sektio vaginalis, Wendung auf den Fuß und Extraktion des reifen asphyktischen Kindes. Wochenbett normal. (Weichbild).

32jährige 6. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Rettungsdienst zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia c. Temp. 37,5°, Puls 60. Töne schwach, keine Tamponade. Die Frau befindet sich in sehr desolatem Zustand, sehr anämisch und etwas benommen. Starke Blutungen den ganzen Tag über. Es folgt klinisch sofort Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion, die reifes lebendes Kind ergibt. Die Frau erholt sich im Wochenbett gut. (Weichbild).

21jährige 3. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird von den Sanitätern zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia centr. Temp. 37,0°, Puls 80. Töne gut, keine Tamponade. Blutungen bestehen in starkem Grade seit 1 Tag. Starker Blutverlust unterwegs. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion, die unreifes lebendes Kind ergibt, das 1 Tag post partum an intrakranieller Blutung ad exitum kommt. Guter Wochenbettsverlauf. (Entfern. 48km).

37jährige 4. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Rettungsdienst der Klinik überwiesen wegen Placenta prävia c. Temp. 37,6°, Puls 83. Töne gut. Blutungen mäßigen Grades seit 2 Tagen; keine Tamponade. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion des reifen, lebenden Kindes. Wochenbett ohne Störung. (Weichbild).

28jährige 3. Schwangere im 9. Monat der Gravidität, wird vom Sanitätswesen der Klinik zugeführt wegen Placenta prävia c. Temp. 37,4°, Puls 86. Töne schlecht. Trotz liegender Tamponade geht Blut tropfenweise weg; anämisches Aussehen der Frau. Blutungen bestehen seit 1½ Tagen und zwar in starkem Grade. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung und Extraktion, die unreifes totes Kind ergibt. Langsame Erholung im Wochenbett. (Ortsentfern. 10km).

38jährige 3. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen der Klinik überwiesen wegen Placenta prävia lat. Temp. 38,2°, Puls 120. Töne gut. Blutungen bestehen seit 2 Tagen in mittlerem Grade. Die Blutungen sistieren trotz liegender

Tamponade nicht. Blasses Aussehen der Frau. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wendung auf den Fuß und Extraktion des unreifen lebenden Kindes. Störungsfreies Wochenbett. (Weichbild).

37jährige 4. Schwangere am Ende der Gravidität wird von den Sanitätern gebracht wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,5°, Puls 96. Töne gut. Tamponade liegt. Bleiche Hautfarbe, etwas benommen. Einmaliges starkes Bluten heute. Es folgt klinisch innere Wendung und Extraktion des reifen lebenden Kindes. Guter Wochenbettsverlauf. (Ortsentfern. 30km).

25jährige 3. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird durch die Sanitäter der Klinik überbracht wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,1, Puls 130. Töne schlecht. Blutung seit 7 Stunden mit ungeheurem Blutverlust. Die Frau ist sehr verfallen und nicht tamponiert. Es folgt klinisch innere Wendung uud Extraktion des reifen, lebenden Kindes, das nach 3 Stunden ad Exitum kommt. Die Mutter stirbt nach 4 Stunden infolge des großen Blutverlustes. Ortsentfern. 17km).

38 jährige 10. Schwangere im 10. Monat der Gravidität kommt durch ein Privatauto zur Klinik wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,0°, Puls 96. Töne gut. Starke Blutungen seit 1 Tag. Keine Tamponade. Nach kurzer Zeit erfolgt Spontangeburt eines reifen lebenden Kindes. Die Frau kommt aber nach 24 Stunden wegen nicht zu stillender Nachblutungen ad exitum. (Weichbild).

45jährige 8. Schwangere im 10. Monat der Gravidität wird vom Sanitätswesen zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia lat. Temp. 37,0°, Puls 92. Töne schlecht. Blutungen mittleren Grades bestehen seit 2 Tagen. Keine Tamponade, gutes Aussehen. Es folgt klinisch innere Wendung und Extraktion des asphyktischen Kindes, das nach 3/4 Stunden ad exitum kommt. Normales Wochenbett. (Entfern. 44km).

31jährige 7. Schwangere im 9. Monat der Gravidität wird vom behandelnden Arzt mit dem Privatwagen zur Klinik gebracht wegen Placenta prävia lat. Tamponade liegt. Temp. 37,4°, Puls 76. Töne gut. Blutungen mäßigen Grades bestehen seit 2 Tagen. Gutes Aussehen der Frau. Es folgt klinisch Sektio vaginalis, Wen-

dung und Extraktion des unreifen lebenden Kindes. Störungsfreier Verlauf des Wochenbettes. (Ortsentfern. 70km).

Was die Tamponade betrifft, so waren von den 75 Fällen 17 tamponiert, 58 nicht tamponiert. Bei den letzteren trat Todesfolge 7 mal unmittelbar nach der Einlieferung oder wenige Stunden später ein. Bei den tamponierten Fällen war nur einmal der Verlust der Mutter zu beklagen. Der Wochenbettsverlauf erwies sich bei den tamponierten Frauen ebenso einwandfrei wie bei den Nicht tamponierten.

Sehr eindeutig bekunden 2 Fälle, der angeführten Zusammenstellung entnommen, den Vorteil und die Notwendigkeit der Tampoponade auf kleine wie auch auf große Entfernungen hin.

So wurde eine 34jährige 7. Schwangere am Ende der Gravidität 200km weit aus dem Bayerischen Wald mit dem Sanitätsauto zur Klinik transportiert. Die Frau hatte vor 2 Tagen mittelstarke Blutungen wahrgenommen. Der gerufene Arzt stellte die Diagnose auf Placenta prävia, tamponierte gut und veranlaßte die Einweisung. Die Patientin kam in gutem Allgemeinzustand mit den Sanitätern in der Klinik an. Die Entbindung war von Erfolg gekrönt; 3 Wochen später erfolgte die Entlassung.

Den Gegensatz hiefür bildet eine 36jährige 7. Schwangere, am Ende der Gravidität. Seit 14 Tagen bestanden bei ihr mäßige Blutungen, die vom behandelnden Arzt 14 Tage lang mit Hämostyptika angegangen wurden. Eine über Nacht erfolgte starke Blutung erschien ihm nicht mehr geheuer und ließ nun doch den Transport in die über 50km entfernte Klinik angezeigt erscheinen. Die Frau wurde von den Sanitätern gebracht, untamponiert, sehr anämisch, mit verfallenem Aussehen und kleinem fliegenden Puls. Der Exitus nach 3 Stunden war die unausbleibliche Folge.

Zusammenfassend mit dem Hinweis auf diesen wichtigen Abschnitt in der Geburtshilfe, muß als dringendste Forderung aufgestellt werden: den Transport sofort bei den ersten leichten Blutungen mit nötiger Vorsicht zu bewerkstelligen, eine Tamponade nach überbrachter Regel zu legen, die Wehentätigkeit zu mindern und den Arzt als

unbedingten Begleiter zu verpflichten, um eine aus irgend welchen Gründen nicht erfolgte Tamponade nachzuholen, im Notfalle, oder bei Auftreten irgend einer anderen Komplikation, durch sein wenn auch augenblicklich behelfsmäßiges Eingreifen, dem Transport weiterhin Gefahrenmomente zu nehmen, die nicht so groß sind, als man ansonsten anzunehmen geneigt ist.

Es erfüllt der praktische Arzt draußen nur dann seine vollste Pflicht, wenn er einen Fall, der sich als ungeeignet für die Hausgeburtshilfe erweist, der die Kunst seiner Indikation und die Grenzen seines Könnens zu übersteigen droht, rechtzeitig unter Vorkehrung aller erforderlichen Maßnahmen mit Anlehnung an die jüngsten Errungenschaften unserer fortschreitenden Verkehrstechnik, den Transport in die Klinik, wenn es hochkommt und die Gelegenheit günstig ist, in eine Universitätsklinik bewerkstelligt, wo Indikation und Operation, also Wissenschaft und Technik dazu berufen sind, **die** Geburtshilfe zu gewähren.

Lebenslauf.

Am 26. Oktober 1907 wurde ich in Amberg, als Sohn des Polizeihauptwachtmeisters Ferdinand Kohl u. Sibylla Kohl geboren.

Nach einer fünfjährigen Volksschulzeit in Regensburg, besuchte ich die Oberrealschule daselbst und absolvierte sie 1928. Anschließend widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Erlangen, Rostock und Würzburg, woselbst ich die ärztliche Vorprüfung ablegte. Vom 6. Semester ab weilte ich in München und erledigte dort 1933 das Staatsexamen.